

Diagnosticul radiologic al imaginilor observate în abdo- men fără (preparație anteri- oară de) mijloace de contrast.



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 30 Martie 1939.

DE

GLÜCK VASILE

CLUJ

„PALLAS“ INSTITUT DE ARTE GRAFICE COOP. IND.

Strada A. Vlăhuță No. 3.

1939.

Diagnosticul radiologic al imaginilor observate în abdo- men fără (preparație anteri- oară de) mijloace de contrast.

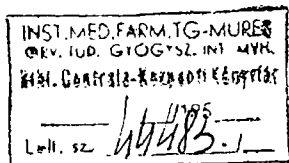


DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 30 Martie 1939.

DE

GLÜCK VASILE



CLUJ

„PALLAS“ INSTITUT DE ARTE GRAFICE COOP. IND.

Strada A. Vlăhuță No. 3.

1939.

**UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ**

Decan: Prof. Dr. I. DRĂGOIU

Profesori:

Clinica stomatologică	D-l.	Prof. Dr.	Aleman I.
Microbiologie	"	"	Baroni V.
Fiziologia umană	"	"	Benetato Gr.
Istoria medicinei	"	"	Bologa V.
Patologia generală și experimentală	"	"	Botez A. M.
Clinica oto-rino-laringologică . . .	"	"	Buzoianu Gh.
Istologia și embriologia umană . .	"	"	Drăgoiu I.
Semiologie medicală	"	"	Goia I.
Clinica ginecologică și obstetricală	"	"	Grigoriu Cr.
Clinica medicală	"	"	Hațieganu I.
Medicina legală	"	"	Kernbach M.
Chimia biologică	"	"	Manta I.
Clinica oftalmologică	"	"	Michail D.
Clinica neurologică	"	"	Minea I.
Igiena și igiena socială	"	"	Moldovan I.
Radiologia medicală	"	"	Agr. M. Zolog
Anatomia descriptivă și topografică	"	"	Negru D.
Clinica chirurgicală }	"	"	Papilian V.
Medicina operatoare }	"	"	Pop Al.
Clinica infantilă	"	"	Popoviciu Gh.
Farmacologia și farmacogn. (supl.)	"	"	Popoviciu Gh.
Biologia generală	"	"	Racoviță E.
Chimia medicală	"	"	Secăreanu Șt.
Balneologia	"	"	Sturza M.
Clinica dermato-venerică	"	"	Tătaru C.
Clinica urologică	"	"	Țeposu E.
Clinica psihiatrică	"	"	Urechia C.
Anatomia patologică	"	"	Vasiliu T.
Fizica medicală	Conf.	"	Bărbulescu N.
Clinica bolilor infecțioase	"	"	Gavrilă I.

JURIUL DE PROMOȚIE

Președinte: D-nul Prof. Dr. D. Negru

" " " I. Hațieganu

Membrii: " " " Al. Pop

" " " E. Țeposu

" " " Gr. Benetato

Supleant: Dl. Conf. Dr. Tr. Popoviciu

P R E F A Ț Ă.

In teza noastră ne propunem să ne ocupăm de un subiect destul de important din punct de vedere practic și anume de diagnosticul radiologic al umbrelor văzute în abdomen, fără a ne folosi de preparății anterioare de mijloace de contrast, ci numai așa cum se văd la o simplă examinare a filmului radiografic.

Este evident că un asemenea subiect este prea vast pentru a putea fi tratat în întregime în cadrele unei lucrări de doctorat; în acelaș timp prelucrarea complectă a materialului, procurarea clișeeilor, ar fi necesitat un sacrificiu material destul de însemnat pentru autor; de aceea în lucrarea mea m'am mărginit la strictul necesar din punct de vedere radiografic și am căutat să prelucrez numai câteva din cazurile cele mai însemnate și indispensabile ale acestui subiect.

Fiind dela începutul studiilor mele atras mai ales de cercetarea radiologică, am avut ocazia să observ, în stagiile pe care le-am făcut, destul de mult material pentru alcătuirea acestei expuneri și să văd în acelaș timp importanța practică al acestui tip de diagnostic, în cercetările preliminare ale unui complex întreg de examinări, efectuate în vederea stabilirii unui diagnostic precis.

Este de remarcat că radiografia prezintă mai multă exactitate decât radioscoopia, fiindcă și în fazele succesive ale cercetării, avem întotdeauna în fața noastră un document fidel, care ne poate servi drept metodă de comparație și de control.

De altfel în ceea ce privește controlul umbrelor constatate, în lucrarea noastră nu ne vom ocupa nici de tratarea metodelor de contrast și nici de discuțiile teoretice asupra cazurilor prezentate. În schimb este absolut necesar ca diagnosticul radiologic să fie confruntat cu datele furnizate de clinică.

Subiectul acestei teze a fost admis de către Dl. Prof. Dr. D. Negru, dela Facultatea de Medicină din Cluj, și țin să-i mulțumesc — aici — pentru sfaturile pe care le am primit dela D-Sa, și pentru încurajarea cu care m'a îndemnat la alcătuirea acestei teze.

Mulțumesc deasemenea D-lui Dr. I. Herskovits, medic-șef radiolog, pentru inițierea și ajutorul practic pe care mi-le a dat cu ocazia deselor stagii pe cari am avut onoarea a-le face lângă D-Sa.

INTRODUCERE.

Am ales subiectul prezent preocupat fiind de problemele care ni-se prezintă ori de câteori suntem puși în fața unei radiografii cu scopul de a-o „citi“. Aceste probleme sunt nu numai de ordin medical radiologic dar chiar și de altă natură, a căror cunoaștere numai printr'o *practică* radiologică serioasă se poate însuși.

Dela început enunțăm, că e vorba despre radiografiile care cuprind abdomenul în totalitate (30×40 cm. de obicei). Este absolut recomandabil *această* radiografie, pentru că: ne prezintă o privire de ansamblu despre întregul teritoriu abdominal; dă posibilități de a face comparații bilaterale și de interdependență, atât de importante în patologia sistemului uropoetic, hepato-biliar, sau a altor organe; eventuale anomalii congenitale pot fi astfel recunoscute și uneori obținem surprize importante (al scheletului de ex.) care ne pot explica stări patologice, în a căror etiologie nici măcar presupția nu s'a pus.

O cerință primordială este ca radiografiile să fie impecabile, nu numai ca tehnică, dar chiar și incidența întrebunțată să fie corespunzătoare. Aceste două puncte sunt un sine qua non pentru întregul proces diagnostic. Tot din acest motiv trebuie avut atenție și la pregătirea bolnavului înainte examinării radiologice. Astfel: pentru eliminarea (în parte măcar) a gazelor din intestine (atât de supărătoare prin heterogenitatea lor), se recomandă o clismă înaltă cu puțin timp dinaintea examinării. E mai avantajos când bolnavul are scaun spontan.

Să avem în vedere, ca *întreg* abdomenul să fie denudat, pentru că diferitele părți ale îmbrăcăminte: nasturi, agrafe, lingerie din mătase veritabilă (conținând metale alcalino-terozee), pansamente cu paste de zinc, iod, leucoplast, etc. — neîndepărtate — prin umbrele lor dau — nerecunoscute — erori de diagnostic.

a) Domeniul topografic al tezei.

În studiul radiologic al complexului pe care-l reprezintă abdomenul în totalitatea sa, ne nizuim a restrânge cadrele lucrării prezente la cele ce urmează :

Vom delimita din punct de vedere anatomic acest cadru prin următoarele linii de reper : Sus : cele două arcuri diafragmatice și mediastinul, jos : oasele basinelui, anterior și lateral : pereții abdominali, iar posterior coloana vertebrală cu pereții posteriori al abdomenului. Nici una dintre acestea nu vor fi tratate din punct de vedere a patologiei lor, ceea ce ar însemna depășirea cadrelor prezentei lucrări.

Pentru a ne putea sistematiza mai bine materialul de tratat, vom face o împărțire a acestui cadru, necesar atât din punct de vedere teoretic cât și mai ales practic. — al medicului practician — căruia, printr'o examinare sistematică în acest sens, credem că i-se oferă reale ușurări pentru elucidarea diagnosticului unui caz dat.

b) Criterii pentru împărțirea analitică a materialului.

Limitele pe care le credem necesare sunt următoarele :

O linie orizontală prin ombilic, o altă linie orizontală prin crestele iliace, și o linie verticală perpendiculară pe acestea, trecând prin ombilic. Astfel obținem 5 câmpuri, pe care le notăm :

— câmpul superior drept, corespunzător regiunii hepatobiliare: câmpul No. 1.,

— câmpul superior stâng, corespunzător regiunii gastro-splenice: câmpul No. 2 ,

— câmpul inferior drept și stâng, corespunzătoare flancului drept și stâng, câmpurile No. 3., respectiv 4.,

— câmpul inferior, corespunzător foselor iliace și hipogastriului, câmpul No. 5.

Natural interdependența și chiar continuitatea regiunilor sus menționate, nu poate fi contestată și — repetăm — considerațiunile pentru această împărțire sunt mai ales de ordin didactic analitic.

c) Metodele de cercetare și de investigații.

Fără să intrăm în amănunte tehnice — de altă competență decât lucrarea de față — amintim ca necesare :

1. radiosopia: metodă, care cu indicații bine precizate, ajunge

uneori a fi primordială în orientarea generală, atât înaintea cât și în decursul examinărilor propuse. În deosebi, va fi utilă :

α) în diagnosticul afecțiunilor abdominale acute, și

β) în diagnosticul anumitor umbre, unde uneori chiar scurtimea timpului disponibil în vederea diagnosticului precis, cât și starea materială al bolnavului — ne obligă a interpune eventuale radio-scopii repetate, înaintea sau după grafia executată.

Radioscopia va fi făcută din incidentele normale, oblice, în poziție verticală și orizontală al bolnavului. În orice caz această metodă suverană la punerea diagnosticului în afecțiunile abdominale acute, nu poate fi neglijată, neavând de altfel nici cum importanța radiografiei.

2. Radiografia: În afecțiunile abdominale de orice gen — exceptând $1/\alpha$, unde bolnavul chiar și din cauza gravității stării lui trebuie mai bine menajat — e pe primul plan ca metodă de cercetare. Cu toate că unii încearcă a-o înlocui cu radioscopia, ca de ex.: în controlul umplerii vezicii biliare, înaintea radiografiei, etc. etc. deși se știe, că „acuitatea“ filmului nu poate fi nici decum înlocuită cu cea al ochiului. Încercarea de înlocuire a radiografiei cu radioscopia are uneori chiar desavantaje, materiale, sociale, și nu în ultimul rând de timp, pentru că foarte deseori nefiind în posibilitate de a ne da deslușiri precise, suntem totuși nevoiți a recurge la radiografie. O singură obiecție — socială — se poate imputa, anume, uneori se cere un număr mai mare de radiografii pentru punerea la punct al unui diagnostic mai complicat, ceea ce nu cadrează totdeauna cu situația materială a clientelei prost retribuite.

Metoda aceasta, ca și toate celelalte de altfel ne precisează organul sau detaliul respectiv numai din 2 dimensiuni, necesitând foarte deseori complectarea cu o radiografie dintr'o altă incidență pentru a se putea localiza precis în spațiu o umbră suspectă. Dar se poate ca nici așa nu se clarifică diagnosticul, decât utilizând metode de contrast (pozitive, negative) combinate ori ba cu :

3. stereografia: de cele mai multe ori chiar stereografia simplă, fără să se facă uz de mijloace de contrast, este o metodă foarte prețioasă în punerea diagnosticului topic, mai ales în regiunea abdominală superioară, unde situația învecinată a lor trei organe: rinichii, ficat — căile biliare, și pancreasul, foarte

deseori ne pune în fața problemei de a nu se putea preciza localizarea unei umbre date. Mai ales când sunt simultan litiazele a unora dintre ele și eventual și alte umbre (calcifieri, ganglioni, etc).

În orice caz, ori de câte ori se pune chestiunea utilizării unei metode de contrast, fie ea pozitivă ori negativă, aceea intervenție trebuie precedată de o radiografie „pe gol” al abdomenului, pentru că foarte deseori survine neplăcerea acoperirii și ca atare nevizibilității unor formațiuni patologice, cum sunt calculii renali, vezicali, colecistici, etc.

d) Greșelile fotografice, tehnice.

Ținând seamă de subiectul nostru propus, ne vom ocupa cu anumite greșeli inerente fie hazardului, fie nepriceperii tehnice, aceasta din urmă fiind uneori inevitabilă. Nu vom fi în contradicție relativ la cele anterioare — de a nu intra în amănunte tehnice chiar de acest gen — pentru că foarte deseori se pune un diagnostic fals pe baza acestor greșeli, nerecunoscute ca atare, bolnavul fiind pus eventual în fața unei intervenții mai serioase. Pe de altă parte vom aminti numai acele erori care pot da greșeli de diagnostic.

I. Greșeli înaintea dezvoltării.

1. Prin depozitare : se formează dungi prin hârtia de înveliș umedă sau filmul fiind atins în cutie de către raze, devine flou și cu desemnarea pe film a obiectelor aflate între sursa de raze și film.

2. Prin caseta : caseta neînchizându-se și nepresând bine, vom avea fie o dungă neagră lineară în partea corespunzătoare deschiderii casetei sau imaginea nu e precisă, total sau parțial. Pot fi clarificări lineare prin reflexiunea razelor dela suport (masă de metal sau părțile metalice din Bucky) remediabile, când caseta conține o folie de plumb distal de focus.

3. Prin ecran de întărire.

Ecranele de întărire sunt foarte sensibile, orice zgârietură, îndoitură, pată de pe ele vor apare — la toate radiografiile succesiv — în acelaș loc pe film. Dacă între folia și film se interpune praf, hârtie, grăunte de film (prin perforarea filmului părți-

1. Pentru detalii vezi: Eggert: Einführung i. d. Rtg.-Photographie p. 160-187.

cica nedetașându-se complet), vom avea părți deschise, cu contur foarte net, de o formă corespunzătoare aceluși corp.

4. Manipularea filmului: îndoitori ale filmului cu ocazia manipulării lui pot da pete deschise sau închise, semilunare. Figuri de trăsnet, negre, arborizate, când cutia cu film pus într'un loc cald, e scos repede din hârtia invelitoare, luând naștere cu această ocazie descărcări electrice, care „expun“ filmul în anumite părți. Petele în urma stropirilor cu dezvoltator sau apă sunt negre, precis conturate, numai pe o singură parte al filmului. Petele date de fixator, sunt la fel, dar de o nuanță deschisă, sticloase; iar dacă soluția resp. s'a spălăcit, arată lucitoare, cu margine închisă.

II. Greșeli în cursul dezvoltării.

1. Pete rotunde, deschise, tava de dezvoltat nefiind mișcată, bulele de aer „fixate“ la suprafața filmului împiedicând acțiunea soluției de dezvoltare.

2. Pete închise: când filmul e întors, ajung bule de aer între film și tavă, iar oxigenul din bule dă o înegrire mai intensă în acel loc.

3. O imagine marmorată, ondulantă ia naștere, dacă tava nu e mișcată, sau dezvoltatorul rece e introdus într'o tavă încălzită și invers, sau soluția din tank e încălzit cu un rechaud plongeant, luând naștere curenți de lichid.

4. Dungi, pete deschise precis conturate iau naștere când dezvoltatorul nu ajunge la începutul procesului uniform pe film, îndeosebi când timpul de dezvoltare e prea scurt, sau sunt părți imprecis conturate, dacă filmul s'a lipit de fundul sau perețele tavei, resp. al tankului.

5. Filmul privit și atins în cursul dezvoltării de părțile metalice a lămpii sau de robinet de aramă, sau dacă smalțul tăvii e defectuos, are ca urmare un proces de reducere a BrAg în Ag metalic, deci acele părți vor fi mai negre.

6. Dacă ajunge praf metalic de pe ramele de dezvoltat pe tank, acesta prin mișcarea filmului va da dungi negre.

7. Când din întâmplare se aprinde lumina, sau laboratorul nu e destul de întunecos, imaginea de pe film poate deveni din negativ pozitiv, (efect Villard și Sabattier).

8. Mici pete negre iau naștere prin cristale de dezvoltator netopite.

III. Greșeli în timpul fixării.

Filmul incomplet fixat scos la lumină dă pete negre în locurile unde BrAg n'a fost îndepărtat; dacă din contra fixarea e prea scurtă, avem un flou galben.

Pete și dungi galbene iau naștere, dacă soluția fixatoare nu ajunge uniform filmul sau sunt mai multe filme una peste alta.

IV. Greșeli la spălare și uscare.

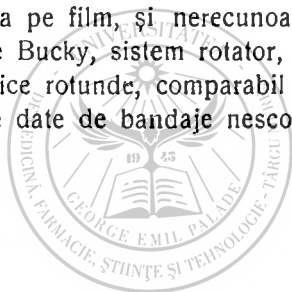
Spălării indeajunse va urma cristalizarea fixatorului sub forma unui depozit alb.

Uscarea prea rapidă cu Fön, (!) sau ținând filmul umed între degete, e urmat de topirea emulsiei.

V. Varia.

O mențiune deosebită trebuie acordat unor greșeli cum sunt:
— expunerea pe film, și nerecunoașterea ca atare a axei unor antidifuzoare Bucky, sistem rotator, care apare sub forma unei umbre metalice rotunde, comparabil cu un proiectil.

— Imaginile date de bandaje nescoase de bolnav înaintea examinării lui.



II. PATOLOGIA.

A) Regiunea hepato-biliară.

Deși regiunea hepato-biliară radiologică se întinde dela C. X. până la crestea iliacă (după notația noastră câmpurile 1 și 3) noi, — pentru ușurințe analitice — restrângem limitele ei, rămânând ca de fiecare dată necesară să amintim eventuala depășire a acestor limite prin formațiunile ce ni se prezintă pe radiografia făcută despre această regiune.

Organele cuprinse în această regiune — care ne interesează din punct de vedere al subiectului nostru — sunt: ficatul cu căile biliare, rinichiul drept, capul pancreasului, o parte al tractului digestiv, vase, ganglioni, etc. Primele două organe — situate în diferite profunziumi dela păretele abdominal anterior sau posterior — evident că se vor prezenta pe film în variate aspecte, după cum va fi cazul unei radiografii V-D sau D-V, utilă în studiul lor. Aceste poziții pentru radiografiile tipice nu le mai amintim — în capitolele care urmează — ocupându-ne numai de incidentele din care se efectuează radiografiile împuse pentru punerea diagnosticului și mai ales al diagnosticului dif. precis

1. Röntgen-anatomia regiunii.

a) Ficatul.

Situat în partea superioară a regiunii, e despărțit de torace prin umbra liniară a diafragmului, iar jos se confundă cu umbra omogenă a abdomenului. Umbra ficatului, de o intensitate ușor mai accentuată decât a abdomenului en bloc, are conturul inferior neevidențiabil decât la persoane slabe sau când meteorismul abdominal creiază condiții de contrast optime în acest sens. E situat la nivelul arcurilor posterioare a C X-XII, între vertebrele X-XII D. și I L. Dimensiunile ficatului — variabile în funcție de etate, sex, constituție, greutate corporală — în medie ating

(pe radiografie sagitală) 12.8 cm pe linia verticală cea mai mare, jos nedepășind umbra coastei XII, iar medial topindu-se în umbra mediană toracică. Dimensiunea verticală precisă obținem scăzând din cei 12.8 cm. câțiva mm., ceea ce reprezintă grosimea diafragmului. Umbra ficatului e mai mare când fie limita inferioară depășește C. XII, reper mai fidel, fie linia diafragmului (normal cu cca 14 mm. mai sus ca la stânga) e cu mult mai sus situat față de cea din partea opusă, abstracție făcând de: ascită, graviditate, pleurezie bazală, paralizia frenicului, etc. În ambele cazuri ficatul nu părăsește diafragma. Uneori ficatul e situat sub diafragma stâng, — situs inversus — când situația inimii, și al stomacului elucidează dg. Conturul superior al ficatului — resp. al diafragmului, — prezintă uneori ondulații, datorite hipertrofiei a unora dintre fasciculele mușchiului diafragmatic. În caz de motilitate anormală al ficatului avem hepatotoză, locul ficatului fiind ocupat de colon. (v. mai departe). Structura umbrei ficatului — exceptând umbrele fiziologice proiectate în acest loc, (coaste VI-XII. etc.) — e omogenă.

Căile biliare numai atunci sunt vizibile când s'au depus calculi în ele de o greutate moleculară superioară părților învecinate, deci numai în stări patologice.

b) Rinichiul.

Rinichiul e al doilea organ, care apare foarte deseori pe film, dând o umbră în formă de bob de fasole, așezat lângă conturul psoasului, de o intensitate egală cu cea al acestui mușchi. Mărimea: — variabilă după sex, vârstă etc., — se întinde vertical între apofizele transverse a vert. XII D,-III L, iar diametrul transversal nu întrece de obicei 2/3 din înălțimea lui. Pe umbra rinichiului se proiectează coasta XII, cel stâng fiind de multe ori secționat chiar la mijloc de această coastă. Organul situat fiind sub ficat, polul inferior al rinichiului e mai jos cu câteva degete decât cel stâng. Axa longitudinală a rinichiului face un unghi de cca 45° cu axa coloanei vertebrale, acest unghi fiind variabil după constituția bolnavului.

c) Celelalte organe din această regiune nu sunt vizibile pe o radiografie făcută fără contrast artificial. Pancreasul, de o densitate aproximativ egală cu cea a apei, se confundă cu umbra abdominală.

Intestinele prin gazul conținut în ele ne mai oferă posibili-

tăți de contrast foarte util uneori, supărător alteori, iar câteodată ne induce chiar în eroare.

2. Diagnosticul radiologic al umbrelor proiectate în regiunea hepato-biliară.

În analiza umbrelor proiectate în câmpul No. 1 vom fi fra-pași de multele posibilități pe care le întâmpinăm când suntem puși în situația de a le diagnostica și mai ales de a le diferen-ția. Pentru un studiu mai ușor a acestor umbre, le sistematizăm după localizarea lor anatomo-topografică, precum urmează¹:

- I. Modificări aparținând părților abdominali.
- II. Modificări toracale.
- III. Cauze intra-abdominale.

I. Modificări aparținând părților abdominali.

1. Plicele cutanate grăsoase, mamela dreaptă neridicată cu ocazia radiografiei, dau umbre sferice liniare.

2. Tumorile benigne (veruce, naevi) calcificate, dau umbre bizare, intense, neomogene.

3. Ateromele multiple, — epiteliomele glandelor sebacee, — glandele sudoripare degenerate, — calcificate, dau umbre intense „osoase“.

4. Cicatricile post-operatorii pot fi osificate prin transfor-marea țesutului fibros dând imagini înguste liniare coresp. locu-lui operat.

5. Medicamentele (paste de zinc, Hg din hipoderm (cură de fric-țiune) bismut, dermatol, leucoplast) de pe piele dau umbre meta-lice, de o structură particulară.

6. Lipiodolul, iodipina injectate (fistule biliare) neresorbite, apar sub formă de picături diseminate. Tot așa se prezintă lipio-dolul eșit pe traectul rădăcinilor nervoase în urma unei mielo-grame.

7. Tbc. cutanată calcificată dă o umbră intensă de mărimea unei migdale sau linte.

8. Proiectilele din părțile abdominali se recunosc după forma și mărimea lor.

9. Paraziții: cisticerc, trichinella spiralis (foarte rar) din

1. Vezi: E. Hérskovits; Diagnosticul umbrelor etc.

mușchii abdominali posteriori, diafragm, apar ca umbre sferice sau alungite, heterogene, multiple, de o mare intensitate.

10. Miozita osificantă (dorsalul mare) apare sub forma unor umbre groase, foarte intense.

11. Phleboliții din hemangioamele subcutanate multiple sau cavernoase sau musculare, vezi la basin.

12. Calcifierile din ultimele cartilagii costale dau umbre nesistematizate grunjoase, cari nu trec dincolo de limita cartilagiului, și au un traiect ascendent.

II. Modificări toracele.

1. Mamelonul drept calcificat sau sânul drept neridicat cu ocazia radiografiei-mamelonul înfundându-se în piele cu un cerc de aer în jur-va da umbre sferice.

2. Desemnul pulmonar constând din umbre lineare, dichotomic arborizate, cât și calcifierile regulate, omogene, rotunde din baza plămânului, pot fi proiectate în această regiune.

III. Cauze abdominale.

Sunt cele mai dese și mai variate și ca atare o sistematizare minuțioasă se impune. Vom împărți umbrele provenite dela corpuri intra-abdominale, după cum ele ne oferă un contrast pozitiv sau negativ :

a) Umbre cu contrast negativ.

— Ficatul, în ectopia congenitală sau ptoza lui, ne mai fiind situat sub cupola diafragmatică, acest loc va fi ocupat de ansele intestinale-gazoase : interpoziția colonului, foarte variabile.

— Aerocolia flexurei drepte se proiectează în acest loc, având loc sub fața inferioară al ficatului. In acest caz limitele gazului părăsesc marginea inferioară al ficatului.

— Pneumoperitoneul (spontan sau traumatic) are ca urmare acumulare de gaz sub forma unei semilune între fața superioară al ficatului și diafragm.

— Abcesul hepatic gazos, kistul hidatic al ficatului infectat cu anaerobi, când sunt pe fața convexă al ficatului, se prezintă ca niște bombări, relativ limitate ale cupolei, cu un conținut aeric. Abcesul subfrenic e la fel, dar diafragmul e mai ridicat, uniform și conține pe lângă aer și lichid, (imagine hidro-aerică).

— Pneumocolecistul (foarte rar) dă o imagine hidroaerică, a cărei parte inferioară trece dincolo de marginea inferioară a ficatului.

— Gaz conținut în bulbul duodenal proiectat în regiunea veziculei biliare, imită un calcul vezicular. Dg. e elucidat printr-o examinare cu bariu al tractului digestiv.

β) Umbre cu contrast pozitiv.

În această grupă trebuie diferențiate umbrele aparținătoare diferitelor organe proiectate unele pe altele. În acest scop se pare ca cea mai utilă (E. Herskovits), împărțirea lor în:

A) Umbre situate mai aproape de paretile abdominal anterior (intrapertoneale) și

B) Umbre situate mai aproape de paretile abdominal posterior (retropertoneale), pe o radiografie sagitală, proiectându-se lângă, sau chiar pe corpurile vertebrale.

A) În grupa aceasta vom descrie:

1. Calculii căilor biliare intrahepatice: au forma, și relațiile dintre ele regulate, având aspecte de fragă, de ciorchine, sau de ghirlandă. Foarte rar sunt omogeni, mai deseori au marginile inelare, iar centrul transparent. Acești calculi sunt însoțiți de calculi ale căilor biliare extrahepatice.

2. Calculi biliari vizibili fără contrast artificial, avem atunci când ei conțin săruri de calciu în cantitate suficientă (chiar sub 10%), acesta denotând totdeauna o infecție anterioară la nivelul vezicii biliare. Mai frecvente sunt:

— Calculii de colesterină cu pigmenți biliari și săruri de calciu, de aspecte foarte variate, heterogene, stratificate concentrice, cu o coajă la periferie. Sunt de o formă rotundă, ovoidă, fațetate, de aceeași sau de diferite mărimi, pavimentoase sau ca niște fulgi.

— Calculii de bilirubinat de calciu (săruri de calciu legate de substanțe organice). Sunt amorfe, de o mare intensitate, rotunde sau ovoide, cu contur precis, colțuros, de diferite mărimi. Se pot așeza și în formă de ghirlandă, în acest caz fie că e vorba de contracție a veziculei biliare, fie că e o atrofie a vezicii biliare.

— Calculii mixti cu un înveliș stratificat și suprafață fațetată.

— Calculii de carbonat de calciu sunt foarte rari.

— Calciii radiari de colesterină și stratificați de colesterină-calcii, sunt moi. Primii de o densitate cu cca jumătate inferioare celei a apei, pot fi evidențiați prin expunere cu raze moi, și prin eliminarea gazelor intestinale (Friedrich și Pflaumer). Apar ca un minus de umbră, fațetați, cu desen foarte fin, în umbra părților moi.

— Tot un aspect patologic de acest gen e și nisipul vezicular, de o structură omogenă, care într'o veziculă de dimensiuni normale, sau mai mare, se poate sedimenta, modificându-și poziția.

— Foarte rar o veziculă biliară cu calculi sau cu nisip se poate întinde până în bazin, dând loc unei adevărate confuzii cu alte formațiuni patologice obișnuite în acest loc. Metodele de control utilizate pot elucida diagnosticul.

3. Chistul hidatic al ficatului calcificat, prezintă o umbră sferică sau policiclică, cu un contur net la periferie, neomogen în interior.

4. Vezica biliară de porțelan (Prybram), se prezintă ca o umbră foarte intensă de forma unei pere, sau vezicula este atrofiată, sau pe lângă încrustația peretilor conține în plus și calculi, sau încrustația e numai parțială cu aspect de coajă de ouă.

5. O tumoră hepatică poate fi calcificată cu aspectul unei umbre sferice, omogene.

6. O structură reticulară fină de o dimensiune relativ mare, este dată de calcifierea în parte a unui cancer a vezicii biliare.

7. Ganglionii mezenterici și portalii calcificați, dau umbre intense, neomogene, multiple sau singuratic, foarte net conturate, de aspectul unei frage, și mobile în timpul respirației.

8. Calciii stercorali sunt de o formă bizară, mobilă.

9. Corpuri streine (vezi la cap. III.), medicamente — pilulele Blaudii, rest de bariu în intestine, sunt caracteristice și dispar prin purgație.

10. Situs inversus se recunoaște: în locul umbrei omogene al ficatului fiind splina și bula de aer al stomacului.

B) Aici vom găsi:

Modificări ale formei, mărimii, localizării, intensității umbrei renale care pot avea origine în: hidro-pionefroză, rinichiu mobil, sau distopic; rinichiu în potcoavă, tumori renale, rinichiu polichistic.

Umbre intense pot lua naștere prin:

1. Tumori renale parțial calcificate, neregulate, neomogene.
2. Tuberculoza renală calcificată poate da diferite umbre :
— Așa numitul „Kittniere“, se prezintă sub forma unei umbre omogene, șterse. Focarele cazeificate și cavernele dau pete închise alternate cu pete deschise. Calcifieri intense pot apare stratificat, de forme bizare, localizate în cortical renal.
3. Kiste renale (hidatic, congenital) calcificate (vezi la ficat).
4. Hipernefromul calcificat dă umbre foarte bizare.
5. Tot o umbră specială dă infarctul renal calcificat (v. splina).
6. Parazitul Bilharzia din rinichiu (la tropice), poate fi calcificat, având aspectul de grăunte de mazăre mici, multiple, sferice-ovale, omogene.
7. Ganglionii retroperitoneali calcificați (v. mai înainte).
8. Corpurile străine migrate din torace au forma lor caracteristică.

9. Calculii renali de obicei situați mai mult medial, pot lua naștere în parenchim, în calice și în bazinet. În primele cazuri imită forma cavității în care iau naștere. După compoziție și ordinea descrescândă a vizibilității lor, sunt : calculi de oxalat, carbonat, fosfat amoniaco-magnezian și de cistină. Calculii de xantină și de urați nu sunt, sau foarte greu sunt vizibili. Forma a unora dintre acești calculi este caracteristică : calculii din săruri de calciu sunt sferici și radiari ; calculii din bazinet sunt sferici, care prin depunerea pe ei a tot mai multe săruri, cu timpul vor avea aspect de corală, cu prelungiri în calice (a nu se confunda cu pielograme !). Uneori sunt așa de mari încât ocupă întregul rinichiu. E un jădevărat rinichiu petrificat. — Calculii pot fi solitari, multipli, mici sau mari. Uneori calculii se formează separat în calicele, pe urmă crescând, fără să se atingă, iau aspect de ciorchine de strugure. Altădată avem forme rotunde, ovoide sau chiar forme necharacteristice. Conturul calculilor e net, omogen, de o intensitate destul de mare.

Calculii renali pot fi proiectați în locuri neobișnuite, în caz de rinichiu distopic, rinichiu mobil sau rinichiu în potcoavă.

Calculii din segmentul ureteral superior îi vom găsi tot aici : sunt rotunzi, ovoizi când sunt mici, sau mai mari : alungiți în formă de sâmbure de lămâie sau de curmăle, omogene, conturul nu prea net. Mărimea lor e variabilă între mărimea unei linte și cea a unei sâmbure de cireși.

10. Vârfurile apofizelor transverse ale vertebrelor lombare fracturate pot de aspecte asemănătoare unui calcul ureteral.

11. Umbre intense sunt date de picăturile de substanță de contrast (Thorotrast, colargol), retenționate în sistemul uropoetic.

12. Un abces pararenal dă o umbră în plus lângă conturul psoasului.

13. Calculii pancreatici: umbrele date de calculii pancreatici se proiectează pe vertebrele D XII—L II, cât și de o parte și de alta a coloanei vertebrale. Sunt multipli, mici, neregulați, de o mare intensitate.

14. Umbre insulare, destul de bizare observăm în caz de scleroză a aortei abdominale, la persoane care prezintă un situs inversus.

3. Diagnosticul diferențial.

Pentru a diferenția umbrele atât de variate din toate punctele de vedere proiectate în această regiune, ne vom baza atât pe caracteristicile lor morfologice și de localizare, cât și pe rezultatele furnizate de tehnica radiografică utilizată.

Mai întâi în caz de o radiografie sagitală făcută în poziția culcată a bolnavului, trebuie să vedem mobilitatea acelei umbre, fie prin radioscopie și în cazul când umbra nu se vede, vom face o radiografie în poziția verticală a bolnavului. În general, calculii biliari, renali, ureterali, pancreatici nu sunt deplasabili, exceptând cazul unui rinichiu mobil, o vezică biliară ptotică.

O mare importanță prezintă recunoașterea localizării umbrei respective față de părțile abdominal anterior sau posterior. Dacă de pe o radiografie sagitală nu putem preciza apartinența acestei umbre, vom face o radiografie din profil, umbrele situate de parte de coloana vertebrală, sau aproape de părțile abdominal anterior, sunt intraperitoneale. Dacă umbra de pe această radiografie e prea mică și greu sau de loc vizibilă, vom face o a doua radiografie dintr'o incidență contrară primei radiografii. Anume: dacă prima radiografie a fost din incidența D-V, se va face o radiografie din incidența V-D și invers, și vom vedea, cum se comportă umbra respectivă din punct de vedere a mărimii ei. Dacă din D-V umbra e mai mică și mai netă, e situată mai aproape de părțile abdominal anterior, și cazul contrar pentru incidența V-D. Dacă din ambele incidențe D-V, V-D umbra are

aceas. mărime, cauza producătoare e situată intraperitoneal, la egală distanță atât de părțile abdominal anterior cât și de cel posterior.

Pentru o mai mare precisiune vom recurge la stereografia, care de foarte multe ori e capabilă să elucideze ea singură — fără utilizare de substanțe de contrast — localizarea umbrei prezentate. Cu toate acestea nu ne putem mărgini la simple radiografii și vom fi de cele mai multe ori nevoiți a utiliza și diferitele metode de contrast — fie ele pozitive sau negative — pentru a stabili diagnosticul precis.

Astfel vom face colecistografii, pielografii ascendente ori descendente cât și examinarea cu bariu a tubului digestiv, toate acestea precedate fiind de o radiografie pe gol a abdomenului. Să amintim astfel, deși la noi n'a intrat încă în practică, hepato-(lieno-) -grafia, cu ThO_2 , thorotrast, metodă care ne dă relații importante fără ca să producă (dozat prudent) vre-un neajuns bolnavului.

Printre metodele curente mai obișnuite sunt: insuflația cu aer a stomacului (sau o poziune gazogenă) și a colonului, amândouă mai rar utilizate pentru diagnosticul diferențial al umbrelor din acest câmp. — Pneumoperitoneul (și pneumorenenul folosit de mai de mult) cu protoxid de azot (care nu dă embolii gazoase și se resoarbe repede) e cu succes folosit în diagnosticul unor afecțiuni care determină modificări în volumul ficatului, rinichiului, pancreasului și al splinei.

B) Regiunea gastro-splenică.

Regiunea aceasta din punct de vedere radiologic cuprinde: stomacul, o parte a colonului, splina, rinichiul stâng, coada pancreasului și alte părți anatomice, a căror umbră în mod normal se confundă cu cea a acestei regiuni. Rinichiul, pancreasul, au fost deja studiate în capitoul precedent, asupra acestora nu mai revenim. Ne rămâne să studiem mai de aproape acele organe, care încă pot da umbre pe filmele radiografice făcute despre această regiune.

1. Röntgen-anatomia regiunii.

Splina, localizată în colțul supero-extern a regiunii, sub cupola diafragmatică, dă o umbră de o intensitate aproximativ

egală cu aceea dată de ficat. În mod normal e rareori vizibilă pe radiografiile simple și atunci numai datorit contrastului oferit de gazele din stomac sau colon. E situată la un nivel corespunzător ultimelor două vertebre dorsale, iar proiecția ei pe coaste se face pe arcurile posterioare ale coastelor X-XI. Conturul superior singur e vizibil prin intermediul diafragmului, a cărui grosime totdeauna trebuie scăzută pentru a avea valoarea reală a dimensiunilor splinei. Conturul inferior vizibil prin contrastul de gaze din tubul digestiv, este net și liniar. Radiografia splinei se face cu raza incidentă D-V, în decubit ventral, sau pentru a avea și bula de gaz a stomacului pe film, în poziție verticală. Uneori e necesară și radiografia din profil a splinei.

2. Diagnosticul radiologic al umbrelor proiectate în regiunea gastro-splenică.

Și aici, ca și la regiunea hepato-biliară vom găsi modificări ale părților abdominale sau toracale, care ne dau umbre, studiate deja.

Modificările intraabdominale care pot produce umbre în această regiune, sunt:

Deplasarea, (în caz de splenoptoză sau splină migrantă), a umbrei lienale, aceasta părăsind diafragmul. În splenomegalie diafragmul e ridicat în sus, cu deplasarea organelor din jur, observabil pe film numai prin dislocarea rinichiului, stomacului și a colonului.

A) Umbre, care dau contrast pozitiv :

1. O perisplenită calcificată dă o adevărată imagine de cui-rasă, neregulat întinsă pe o mare suprafață.

2. Fleboliții venei splenice sunt de mărimea unei grăunte ovăz-linte, net conturate, solitare sau multiple, rotunde sau ovale, concentric stratificate (Bársony-Schütz).

3. Incrustațiile de calcar din arterele lienale sau angiome calcificate sau noduli periarteriali vor da umbre intense.

4. Bilharziosa dă umbrele descrise mai înainte.

5. Trabeculele splinei calcificate apar sub forma caracteristică pentru structura lor.

6. Chistele parazitare (echinococ) și neparazitare, calcificate, dau aspectul coajei de ouă (v. și la ficat).

7. Gomele sifilitice pot fi de asemenea calcificate.

8 Umbrele intense neregulate sunt datorite calcificării unor tuberculi miliari.

9. Infarctul splenic calcificat are un aspect foarte caracteristic: este triunghiular, cu vârful îndreptat către hilul splinei, unic sau multiplu, cu contur net, neregulat, neomogen. Cu timpul forma triunghiulară se poate transforma într-o formă mai mult sau mai puțin ovoidă.

10. Incrustația parietală a aor'ei abdominale, în părțile ei superioare, cu greu poate fi diferențiată de organele învecinate.

B) Umbre, care dau contrast negativ.

1. Abcesul subfrenic, ulcerul gastro-duodenal perforat, abcesul splenic printr'un infarct septic, dau umbrele descrise deja.

2. Aerogastria și aerocolia — atât de frecvente — nu pot fi confundate.

3. O nișă a unui ulcer gastric mare, poate prezenta, în urma unui examen radiologic baritat, retenție de bariu, cu stratificarea conținutului (jos bariu, apoi secreție și sus aer).

3. Diagnosticul diferențial.

Pentru stabilirea unui diagnostic diferențial vom utiliza și aici — ca și în regiunea hepato-biliară — aceleași metode, și procese de cercetare. Este necesar să determinăm, de care organ depinde o umbră din această regiune. În acest scop vom face radiografiile sagitale, din poziții oblice și de profil, încercând de a proiecta umbra respectivă în afara umbrei splenice. Dacă nu reușim, stereografia ne dă de cele mai multe ori diagnosticul exact. Metodele de contrast negative utilizabile aici sunt: pneumoperitoneul, insuflația cu gaz (resp. poțiune gazogenă) a stomacului și a colonului. Chiar în mod normal acumularea unei cantități mai mari de gaze la nivelul flexurei lienale și în stomac ne ajută mult, prin contrastul oferit, la punerea diagnosticului. Examinarea baritată, lineografia (v. ficat). Proba cu adrenalina ne poate informa, dacă o umbră aparține sau nu splinei.

C) Regiunea flancului drept și stâng.

Câmpurile No. 3. și 4. (regiunea mijlocie a abdomenului) fiind ocupate în majoritatea lor de conținutul intestinal, o radio-

grafie simplă despre această regiune va fi dominată de umbrele gazoase provenite din tractul digestiv, a căror studiu radiografic și mai ales radiosopic numai prin substanțe de contrast — pozitive sau negative — poate da amănunte anatomo-patologice. O parte însemnată a acestor stări patologice fiind recent studiată și prelucrată într'o teză de radiologie, pe de altă parte subiectul nostru precizând limitele studiului propus, nu ne vom ocupa de aceste umbre. Vom aminti umbrele de origine intra-abdominală (cele extra-abdominale vezi mai înainte), care fără intervenția substanțelor de contrast pot fi vizibile și ca atare utile pt. stabilirea unui diagnostic.

În mod normal sunt vizibile: umbra lineară a mușchiului psoas-ilîiac, uneori aceea a mușchiului pătratului lombelor și polul inferior al rinichilor.

α) Imagini aeriene.

Un meteorism accentuat, acoperind tot filmul, poate urma colicelor biliare, renale, etc.

În caz de stenoză ileală gazele dinaintea obstacolului dau o dilatație foarte mare a intestinelor. Dacă ansele intestinale, din cauza dilatării foarte mari se comprimă unele pe altele, dau o imagine alveolară uneori, cu lichid în părțile declive a anselor, deci imagini hidroaeriene tipice.

O imagine în semilună (hidroaerică) în flancul drept, este dată de un abces gazos peritiflitic (apendicită perforată), al cărei diferențiere față de un abces subfrenic sau pneumo-peritoneu spontan este dat, între altele, prin faptul că diafragma nu e dislocat.

β) Imagini pozitive.

A) Intraperitoneale.

1. Corpurile străine din tubul digestiv sau intraapendiculare (de ex. alice din carne de vînat) se recunosc ușor.

2. Apendoliții din mucoșitățile densificate și impregnate cu calciu dau umbre unice sau multiple, sferice, cu contur net, de dimensiuni variabile, de o intensitate ușor inferioară acelei a bariului.

3. Resturi de bariu într'un apendice patologic, observate

chiar la 100^h p. c., cât și resturi de bariu în cec (peste 72^h p. c.) sub forma unei umbre neregulate, au fost deja observate.

4. RĂsturile de bariu din diverticuliul lui Graser, sub forma unor alică pot fi văzute. De obicei se elimină foarte greu aceste răsturi.

5. Calculii biliari dintr'o vezică biliară pfozată se pot proiecta în această regiune. Tot așa și ganglionii mezenterici.

B) Retroperitoneale.

1. Ganglionii retroperitoneali.

2. Arterioscleroza prin depozitele neregulate de calciu face aorta și cecelealte vase sangvine vizibile pe un traect oarecare, foarte rar insular.

3. Un anevrism al aortei abdominale se poate incrusta cu săruři de calciu.

4. Un abces rece dă o umbră în formă de fus, caracteristică.

5. Un rinichiu calculos părăsind loja sa, se poate prezenta aici.

6. Calculii ureterali: sunt situați: în lumenul ureterului, în interiorul sau pe părătele ureterului sau în vecinătatea ureterului. Foarte deseori sunt mascați de: ganglioni, resturi de bariu, — dintr'o examinare baritată anterioară, — calculoză altor organe, greșeli fotografice, etc. Apofiza transversă a unei vertebre lombare poate acoperi un calcul ureteral. În aceste cazuri stereografia — cu un cateter înțrodus în ureter eventual — ne elucidează imediat cazul. Tot așa o pielografie descendentă sau o pneumo-ureterografie.

În diagnosticul diferențial al tuturor acestor umbre văzute în această regiune, vom avea de utilizat: radiografiile simple din diferite incidențe, sagitale sau de profil, cât și examinări cu substanțe opace pentru tubul digestiv, sistemul uropoetic. Stereografia ne va fi de mare folos.

D) Regiunea basinelui.

Organele cuprinse aici sunt: vezica, partea incipientă și terminală a colonului, organele genitale femești, glandele anexe genitale bărbătești, vase, ganglioni, etc. În mod normal afară de vizibilitatea — prin gazele conținute — a sigmei și a unui cec pfo-

zat, vezica urinară plină cu urină, poate fi văzută, sub forma unei umbre eliptice, omogene, cu diametrul mai mare în sens transversal, foarte net delimitată. Forma și situația bazei vezicii e influențată și de conținutul rectului în afară de cantitatea de urină cuprinsă în ea. Rectul umplut cu materii fecale, ca și hipertrofia prostatei, ridică baza vezicii.

Nu vom trata nici în acest capitol alterațiunile scheletului osos.

1. Diagnosticul radiologic al umbrelor proiectate în regiunea hipogastrică.

I. Modificări cutanate.

1. Plice cutanate grăsoase la persoanele obeze, mai ales în regiunea gluteală, dau imagini lineare arcuite. Umbra moale în formă de fus e dată de proiecția organelor genit. ext. femeiești. Miozita osificantă gluteală dă umbră intensă neregulată.

2. Substanțele injectate intragluteale: iod, bismut, argint, aur, dau umbre metalice dispersate.

3. Corpurile străine: ace de injecție rupte cu ocazia unei injecții intramusculare, proiectile, reproduc forma corpului respectiv.

4. Bariul spălăcit în regiunea anală, cu ocazia unei irigoscopii dă o umbră intensă difuză.

5. Osul sesamoid în tendonul mușchiului obturator sau bursele seroase ale mușchilor fesieri, obturatori, calcificate, pot fi văzute.

II. Modificări intraperitoneale.

1. Fleboliții sunt situați la vre-o 2 cm. depărtare și dealungul liniei nenumite a osului iliac, la nivelul spinei sciatice. La femei din cauza localizării lor în ligamentele largi se proiectează mai sus.

2. Coproliții au fost deja descriși. Tot așa ganglionii mezenterici.

3. Arterele uterine și iliace, pot fi calcificate.

4. O mică umbră semilunară mediană de intensitatea bariului, poate fi dată de un rest de bariu într'un diverticol al lui Meckel, chiar după 5 zile dela examinarea radiologică.

5. Corpurile străine intravezicale sunt recunoscute după forma și intensitatea umbrei lor (nasturi, cateter rupt).

6. Calculoza vezicală : calculii vezicali pot fi mici sau mari până la dimensiunea unei mere, solitari sau multipli, de o intensitate care poate merge până la cea dată de un corp metallic. Pot avea o localizare în lumenul vezicii sau în diverticulele vezicale, în acest din urmă caz ei fiind imobili. O dispoziție caracteristică în cazul calculilor multipli este cea a unei ghirlande. Calculii mici trebuiesc diferențiați de calculii ureterali, prostatici și cei situați în vezicula seminală cât și de fleboliți.

7. Incrustația calcară a părnelui vezicii se ivește în caz de tuberculoză a vezicii sub formă de umbre granulare neregulate, imitând umbrele cauzate de calculii mici, multipli.

8. Calculii prostatici dau umbre proiectate sub umbra vezicii biliare în regiunea simfizei pubiene. Pot fi solitari și mai mari sau multipli și mai mici. De obicei au formă sferică.

9. Calcifierile prostatice sunt foarte intense, destul de neregulate, proiectate în regiunea simfizei pubelui, nedepășind limitele glandei.

10. Organele genitale femeiești pot da uneori umbre calcificate datorite fie calcifierii unui miom, fie prezenței unui chist dermoid adnexial, cu conținut dentar și de umbre nedefinite. Embriionul extrauterin calcificat (litopedion) poate apare extrem de rar.

11. Uneori vedem mici umbre, în formă de picături, dispersate în basinal mic, ca urmare a unei histero-salpingo-grafii, făcând cu iodipină, cu mult timp înaintea acestei radiografii.

12. O examinare cu substanță opacă a glandelor genitale bărbătești poate avea ca urmare o retenție a substanței respective în aceste glande.

13. La sfârșitul sarcinei placenta poate prezenta impregnații calcaroase.

III. Modificări retroperitoneale.

1. Aorta și arterele iliace calcificate au fost deja descrise.

2. Mai găsim aici fleboliți și ganglioni retroperitoneali.

3. Calcifierea ligamentului ileo-lombar dă o umbră foarte intensă orizontală, întinsă între apofiza transversă a ultimei vertebre lombare și creasta iliacă. Calcifierea ligamentului ano-coccigeal, întinsă între vârful coccisului și anus, are formă alungită divergentă fără importanță.

2. Diagnosticul diferențial.

La stabilirea diagnosticului diferențial al acestor umbre atât de variate vom face uz de metode tehnice de radiografie diferite, fie în poziția culcată a bolnavului cu raza incidentă ventro-dorsală, fie pentru a preciza și mai bine, din incidență D-V sau din profil. Ca metode de control vom face: insuflația cu aer a vezicii (pneumocistografie), umplerea cu substanță opacă a ei și de asemenea ne va ajuta cu mult folos pentru stabilirea diagnosticului și purgația bolnavului.



III. UMBRE DATE DE CORPURI STRĂINE INTRAABDOMINALE DE DIFERITE PROVENIENȚE.

Nu se poate trece cu vederea asupra unor — așa etichetate — „stări patologice“, a căror explicație nici cel mai bun clinician nu poate da. Aceste „stări“ de obicei se rezolvă incidental, cu ocazia unei examinări radiologice abdominale pentru un motiv oarecare, sau că este o suspiciune în acest sens, dar mai ales de altă natură decât „starea patologică“ respectivă. Vom descrie aceste corpuri străine după locul de pătrundere a lor în organism, adică: de origine orală, anală, uretrală și intraperitoneale, acestea din urmă având diferite posibilități de proveniență.

a) Corpuri străine de origine bucală.

Mai deseori găsim corpuri străine la copii, care jucându-se cu diferite obiecte: nasturi, pietre, mărgele, piese de bani: — sau cu ocazia dentiției a doua — dinții de lapte căzuți, le înghit. Vom găsi aceste umbre în regiunile corespunzătoare stomacului, intestinelor, colonului.

La adulți se pot găsi: ace înghițite (modiste), ac de nervi scăpat accidental de dentist în gura bolnavului, acesta înghițindu-l, proteze dentare de metal sau de cauciuc, cu sau fără dinți. Oscioarele de pasăre și de pește, ajung mai rar dincolo de esofag. Tot aici vom aminti posibilitatea existenței în intestine a unor calculi biliari eliminați spontan în căile digestive. Numărul, forma, intensitatea și în deosebi simptomele clinice ne vor pune pe calea diagnosticului precis. Aceste corpuri trebuie să căutate la nivelul stomacului și în locurile unde transitul intestinal suferă o stagnare fiziologică: ileon; cec, flexuri, sigma și rect.

b) Corpuri străine de origine anală.

Pe filmul făcut despre bazin vom putea găsi diferite umbre, date de resturi de corpuri: la masturbanți, piese rupte din canula,

îrigatorului; la lucrătorii din minele de aur, minereu ascuns în rect. În aceste cazuri antecedentele — disimulate uneori — dar mai ales relațiunile clinice ne dau deslușiri pentru diagnosticul radiologic a naturii și localizării umbrei respective.

c) Corpuri străine de origine uretrală.

Pot fi: piese de cateter de cauciuc rupt și retenționat în uretră sau în vezică, sau alte instrumente urologice ajunse în vezică pe această cale. Mai pot fi ace sau nasturi în [uretră, mai ales la fetele masturbante.

d) Corpuri străine intraperitoneale.

Imaginile acestor corpuri străine sunt foarte variate atât ca natură, origine cât și ca proveniență și localizare. Ele pot ajunge în peritoneu:

1. Pe cale operativă: sunt cunoscute asemenea greșeli când operatorul uită în abdomen un pean, o foarfecă, etc., fără să avem dubiu asupra originii acestor umbre. Un tampon uitat cu ocazia unei colecistectomii poate da o umbră slabă, rotundă, mobilă, dând aparența unui calcul.

La G-E-A sau entero-anastomoză, butoanele lui Murphy — mai de mult folosite — pot să ne inducă în eroare, mai ales când făcându-se examinarea cu substanța opacă — fără o radioscopie sau radiografie pe gol — prealabilă al tubului digestiv, pot fi acoperite de această substanță, în deosebi în G-E-A cu butonul ajuns întregal în stomac prin resorbția limitelor suturii a breșei operatorii.

2. Pe cale neoperativă: un abces rece lombar, migrant, dă o umbră alungită, în formă de șuveică, situată lângă umbra psoasului, de aceeași intensitate cu aceea a acestui mușchiu. Sequestre osoase dela părțile superioare pot ajunge în bazin. Uneori abcesele osifluente cu un product de secreție îngroșat, pot să ne dea imagini-serpuitoare date de traectul fistulos a lor mai intense decât aceea a țesuturilor din jur. Natural focarul de origină și clinica bolnavului ne pun pe calea diagnosticului. — Scheletul fetusului poate fi văzut încă. Studiul radiologic a acestor cazuri fiind de altă competență, le menționăm numai.

CÓNCLUZIUNI.

1. Radiografia este metoda de cercetare radiologică de utilizat în diagnosticul afecțiunilor abdominale.

2. Radiografiile trebuiesc făcute din mai multe incidente, uneori și stereografia, pentru a face o localizare și a stabili un diagnostic exact.

3. Diagnosticul stabilit având consecințe de tratament sau operatorii, în toate cazurile acest diagnostic trebuie verificat printr'o radiografie corespunzătoare primului film.

4. Umbre patologice „secundare” (considerate normale, de ex. ganglionii peritoneali calcificați), nu trebuiesc interpretate drept patologice față de patologia abdominală, luată în ansamblul ei, decât în măsură cerută de starea bolnavului.

5. Fînd dată multiplicitatea umbrelor de proveniențe diferite, numai printr'o examinare radiografică sistematică și minuțioasă se poate face diagnosticul.

6. În vederea diagnosticului diferențial, toate metodele de cercetare radiologică, atât tehnice cât și metodele de contrast, trebuiesc utilizate.

7. Erorile tehnice și fotografice trebuiesc să fie cunoscute pentru a evita greșelile regretabile de diagnostic.

Văzută și bună de imprimat.

Decanul Facultății de Medicină,
s. s. Prof. Dr. I. DRĂGOIU.

Președintele tezei,
s. s. Prof. Dr. D. NEGRU.

BIBLIOGRAFIA

efectiv consultată.

Albrecht H.: Röntgenologische Fehldiagnosen an Magendarmkanal. Deutsche Med. Wochenschrift 1935, Nr. 17—18.

Albrecht H.: Röntgendiagnostik des Verdauungs-Kanals (Thieme, Leipzig 1931).

Assenau: Röntgendiagnostik Inneren Krankheiten.

Béclere H. & Wilmoth: Presentation de radiographies de calculs du pancreas. La Pr. Med. No. 18-1936.

Boury R.: Les appendicites pelviennes. Brux. med. 1938, Nr. 11.

Demel Rudolf: Diagnostik chirurgischer Erkrankungen mit Einfluss des Differentialdiagnostik und Röntgendiagnostik (Lehrbuch für Studierende und Aerzte) Wien, 1937.

Dicher Throges: A propos de la radiographie abdominale sans preparation. Brux. Med. 1935 Nr. 15.

Devite (Sand): Au sujet de la radiologie des voies biliaires. Brux. Med. 1936. Nr. 16.

Gosset A.: A propos de l'examen radiologique préopératoire.

Guttman Arhno, Van Schouve: A propos de la radiographie abdominale. Pr. Med. 1936 No. 73.

Haşeganu-Goia: Tratat elementar de semiologie și patologie medicală, Cluj, 1936. vol. II.

Herskovits Izidor, Eugen și Francisc: Tratat practic de röntgenologie medicală, Cluj 1932.

Herskovits I. E. și F.: A hasi szervek röntgendiagnosztikája. Orvosi hetilap 1936.

Herkovits E.: Diagnosticul diferențial al umbrelor proiectate în regiunea hepato-biliară, văzute pe radiograme native, (pe gol), ale abdomenului. Mișc. Med. Rom. 1938 No. 3-4.

Kohenner K.: Le diagnostique radiographique des maladies du pancreas.

Köhler Alban: Grenzen des normalen und Anfänge des pathologischen im Röntgenbilde (Thieme) Leipzig 1931.

Ledoux-Lebard: Manuel de radiodiagnostic. Masson 1933.

Massion I.: La colélihiase. La Pr. Med. 1937, p. 102.

Metivet G.: A propos de la radiographie sans préparation. La Pr. Med. 1937. No. 42.

Miesel-Bechet-Fournier et Debreuil: A propos de la radiographie abdominale sans préparation. La Pr. Med. 1936. No. 26.

Negru D.: Radiologie medicală, Ed. Univer. Cluj, 1931.

Schintz-Bensch-Friedl: Lehrbuch der Röntgendiagnostik, E. G. Thieme Leipzig 1928—1932.

Teschendorf W. Lehrbuch der röntgenologischen Differenzialdiagnostic der Erkrankungen der Bauchorgane, E. G. Thieme Leipzig 1937.



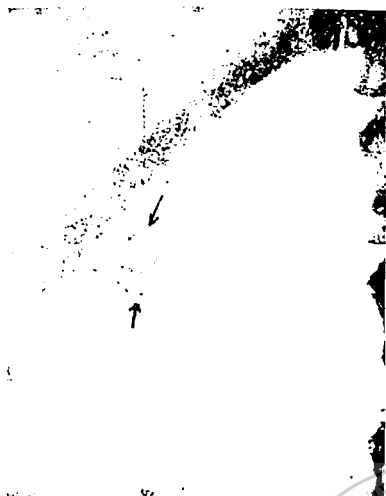


Calcul biliar solitar de colesterol-calcit.
In centru sâmburele calcificat al calculului.

Calcul mare în colecistul ptotic.



Numerosi calculi biliari mici, pe o radiografie pe gol. Calcul unic în cistic.



Calcul nativ biliar.

Litiază biliară, cu ptroză. Calculi fațetați, heterogeni, de aceeași formă.



Nisip ureteral.



Vezică biliară de porțelan.
(Fără subst. de contrast.)



Litiază renală bilaterală cu dispoziția în
ciorchine de struguri a calculilor (mai
ales calculari).



Calcul renal enorm, situat în basinet și
calice, Aspect de corală.



Tumoră renală stig. vizibilă pe o radiografie pe gol al abdomenului, aspect caracteristic.



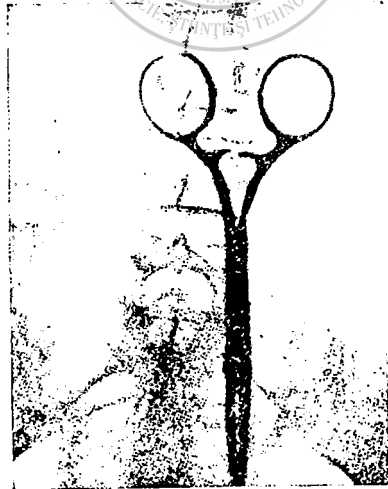
Calcul ureteral situat în ostiul vezicii urinare.



Calculi prostatiei.



Miom calcificat. La dreapta și jos rest de bariu.



Pean în abdomen, purtat 21 ani, în urma unei operațiuni pentru chist ovarian. O parte din metal este rezorbită.