

luntariamente o por necesidad de trabajar debido a su estado humilde, se encuentra en el momento del parto en condiciones más favorables, pues el trabajo del parto resulta ya muy inferior al trabajo que habitualmente hacía. En cambio, la embarazada sedentaria, acostumbrada a no hacer el más mínimo esfuerzo, puede encontrarse durante el parto con un esfuerzo físico muy excesivo en relación con el habitual de ella; todavía esta situación se vence con más o menos facilidad, haciendo uso de la capacidad de reserva si su aparato circulatorio es completamente normal; pero si éste no alcanza un estado perfecto, aun sin llegar a manifestar síntomas o lesiones ostensibles, pudiera ocasionar accidentes graves intra o postpartum de sorpresa para el tocólogo.

La adaptación del aparato circulatorio a un lento y progresivo esfuerzo físico nos sirve de medida de la capacidad funcional circulatoria y muchas veces de conducta a seguir para aumentar dicha capacidad sin provocar perjuicio alguno.

\* \* \*

Podemos sacar las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> Existe en la embarazada una hipervolemia fisiológica.

2.<sup>a</sup> La volemia total está formada por la suma del volumen de sangre transportada y del volumen de sangre residual. Ambos están aumentados en la embarazada.

3.<sup>a</sup> La sangre residual del círculo constituye el principal depósito sanguíneo.

4.<sup>a</sup> Las variaciones del volumen residual, aunque sean bruscas e intensas pueden no alterar el transporte sanguíneo, siempre que vayan acompañadas de la variación correspondiente del tono y no sobrepasen la capacidad máxima de éste.

5.<sup>a</sup> El volumen de transporte de sangre depende de la actividad de las paredes del círculo.

6.<sup>a</sup> La hipervolemia de la embarazada normal determina una disminución del esfuerzo circulatorio en general y del corazón en particular para transportar igual volumen de sangre.

7.<sup>a</sup> La capacidad funcional del círculo en la embarazada normal está aumentada.

### SUMMARY

1. A physiological increase of the blood volume is present in the pregnant woman.

2. The total volume is made up of the conveyed blood volume and the residual blood volume. Both are increased in the pregnant woman.

3. The residual blood makes up for the main blood store.

4. The variations of the residual volume, though they be sudden and marked, do not alter blood conveyance whenever attended by the corresponding variation of tone and when the maximum capacity of the latter is not surpassed.

### ZUSAMMENFASSUNG

1. Bei den Schwangeren findet man eine physiologische Zunahme der Gesamtblutmenge.

2. Die Gesamtblutmenge ist die Summe der zirkulierenden Blutmenge und der Menge, die in den Depots ist; beide Komponenten sind bei der Schwangeren vermehrt.

3. Das Residualblut des Kreislaufes ist das wichtigste Blutdepot.

4. Die Variationen des Residualblutes ändern den Bluttransport nicht, wenn sie auch noch so stark und plötzlich auftreten, solange sie mit den entsprechenden Tonusveränderungen einhergehen und die maximale Kapazität desselben nicht überschreiten.

### RÉSUMÉ

1.<sup>o</sup> Chez la femme grosse, il existe une hypervolémie physiologique.

2.<sup>o</sup> La volémie totale est composée par la somme du volume de sang transporté et du volume de sang résiduel. On trouve tout les deux augmentés chez la femme grosse.

3.<sup>o</sup> Le sang résiduel du cercle constitue le principal dépôt sanguin.

4.<sup>o</sup> Les variations du volume résiduel, malgré qu'elles soient brusques et intenses, n'altèrent pas le transport sanguin, toujours qu'elles soient accompagnées par la variation correspondante du ton et qu'elles ne surpassent pas la capacité maximum de celui-ci.

### LA EXPLORACION RADIOLOGICA EN EL ILEO AGUDO, ESPECIALMENTE DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA OCLUSION MECANICA POSTOPERATORIA

S. MURADO PÉREZ

Ex Interno de la Casa de Salud Valdecilla

(Ferrol del Caudillo).

GINZBURG afirma, al comentar el examen roentgenológico en la oclusión postoperatoria, que cuando la clínica de la obstrucción intestinal aguda no coincide con el hallazgo Roentgen, la operación da la razón a la radiología. Para él dicha exploración ayuda más al clínico en esta afección que los signos y síntomas que se puedan recoger por la habitual exploración física del abdomen. En los casos citados en su trabajo, en los que por enema se logró emisión de heces y de gases, siendo muy precarios o inexistentes los síntomas clínicos, ha habido tendencia a favor de un tratamiento conservador de la probable obstrucción aguda, y en tales casos la comprensión inteligente del hallazgo radiológico decidió llevar al enfermo a la mesa de operaciones, evidenciándose en ella la existencia de un íleo

mecánico, cuya resolución, en ningún modo, podría conseguirse por medios puramente médicos.

Todo el que ha estudiado el problema de la oclusión intestinal aguda—dice GINZBURG—se lamenta de la realidad de un diagnóstico tardío, factor que acarrea una elevada mortalidad. Los rayos X—afirma—representan una gran ayuda para el diagnóstico preciso, y merced a ellos, en los casos clínicamente dudosos, se ha resuelto muchas veces el problema terapéutico; lo mismo para realizar una intervención de urgencia, que la radiología indicaba como absolutamente necesaria, como para en los casos de ausencia de signos radiológicos positivos, evitar una inútil, cuando no perjudicial, laparotomía exploradora.

Insistiendo sobre lo mismo, escribe PALMER que es necesario hacer desaparecer de la clínica de la oclusión intestinal aguda los vómitos biliosos y fecaloideos, "que son signos de oclusión, como la caquexia lo es del cáncer".

El método de la exploración radiológica en el íleo agudo no es nada nuevo en la Patología. Ya en 1911 describió SCHWARZ los acúmulos de aire en el intestino. ASSMANN, en 1913, comprobó en la obducción el diagnóstico de 5 casos que en vida habían producido burbujas de gas y niveles líquidos al ser examinados a los rayos X.

CASE, en 1915, establece las características radiológicas del intestino distendido. En una segunda publicación suya en 1927 detalla las particularidades para lograr un diagnóstico más exacto del íleo agudo. KALBFLEISCH expresó su opinión de que las asas distendidas solamente sugerían la idea de la oclusión, mientras que la presencia de niveles líquidos evidenciaba el diagnóstico.

WANGENSTEEN y LYNCH fueron, al menos en apariencia, los primeros que estudiaron las manifestaciones Roentgen en el íleo experimental; produjeron una oclusión experimental en perros y siguieron su curso ante la pantalla y en la película radiográfica. Encontraron que el gas en el intestino ocluido puede ser detectado en la placa a las cuatro-cinco horas después del comienzo de aquélla, no manifestándose, sin embargo, clínicamente la oclusión hasta varias horas más tarde.

Posteriormente produjeron WANGENSTEEN y colaboradores una estrangulación en un segmento del intestino y observaron que a rayos X no se evidenciaba de un modo tan definido la estrangulación como anteriormente la obturación.

PALMER demostró, en perros ocluidos experimentalmente, distensión gaseosa en el delgado a las tres horas después de realizada aquélla, y a las tres y media horas en las oclusiones provocadas en el intestino grueso. Los niveles líquidos aparecieron en la placa radiográfica tres-cuatro horas después de observarse la distensión gaseosa.

Recordemos que en condiciones normales solamente pueden observarse en la radiografía muy pequeñas cantidades de gas en el intestino delgado (CASE, WANGENSTEEN, LYNCH, WEIL,

SWENSON, HIBBARD). Estas pequeñas sombras pueden verse ocasionalmente localizadas en el duodeno o en la porción distal del íleon. En los niños, hasta los dos años, se observan habitualmente y en completa normalidad asas delgadas distendidas. Asimismo, bajo los efectos de un fuerte purgante o de un enema de limpieza, pueden visualizarse asas delgadas dilatadas y niveles líquidos en el intestino delgado (RENDICH y ABRAMS).

"El signo más precoz (GINZBURG) de oclusión aguda reside en el hallazgo de niveles líquidos en las asas del intestino delgado. Sin embargo, PALMER cree que tal signo estaría representado por la distensión clara de un asa por el gas, y no en los niveles líquidos." Estas asas distendidas se ofrecen precozmente con dentelladuras ("ribbed" de los ingleses), "emplumado" o como un sombreado análogo a la morfología del esqueleto espinal de un arenque, correspondiendo tales formaciones a las válvulas conniventes o valvas de Kerkring. Tardíamente las asas delgadas distendidas pierden estas marcas, aun cuando se trate de obstrucción puramente mecánica, hecho que refleja la pérdida del tono, la parálisis de la fibra muscular intestinal.

En el intestino grueso distendido existen los intervalos entre las haustras, diferenciables en la placa radiográfica de las existentes en el delgado por su mayor anchura y espesor. Las asas delgadas dilatadas al máximo llegan a tener un espesor de unos 5,8 cm., mientras que en el colon la distensión máxima llega a alcanzar unos 12 cm. de anchura (RENDICH y ABRAMS).

GINZBURG, al tratar de sistematizar los hallazgos radiológicos en el íleo de intestino delgado, dice que en condiciones normales no se encuentra gas en él, existiendo, por el contrario, en el colon variables cantidades de gas, suficientes por su cantidad para que los contornos y el curso del mismo se dibujen distintamente. En ninguna porción del intestino delgado se pueden hallar en condiciones fisiológicas niveles líquidos. Cuando la oclusión mecánica reside en el delgado, el intestino proximal al sitio de la oclusión bien pronto se distiende por el acúmulo de gases y líquido dentro de su luz, mientras que, distalmente, el resto del intestino en total, incluyendo el colon, está vacío y colapsado.

Roentgenológicamente esta alteración se refleja en los signos siguientes:

- 1.º Presencia de asas dilatadas en el intestino delgado.
- 2.º Ausencia de gas en el colon (donde normalmente existe).
- 3.º Presencia de niveles líquidos en el intestino delgado.

Desde el punto de vista de la intervención quirúrgica, recalca GINZBURG, ninguno de los tres signos es patognomónico de oclusión intestinal aguda. Aporta este autor los siguientes detalles, que sirven para distinguir una oclusión en el delgado de una oclusión en el grueso:

- 1.º El gas en el intestino grueso está situa-



do periféricamente, viene a constituir como un marco cólico al intestino delgado situado por dentro.

2.º El colon está caracterizado por su "blunter", sus profundas muescas producidas por las haustras. El delgado tiene como un emplumado, debido a sus válvulas conniventes; apareciendo sus bordes como aserrados.

3.º El gas en el intestino aparece como un área homogénea de rarefacción en la bien definida asa intestinal. En el colon se visualizan a menudo, y en condiciones normales, discretas esferas globulosas de gas.

4.º Los niveles líquidos en el intestino delgado están situados centralmente y tienen una corta altura vertical, debido a su curso generalmente horizontal y a sus numerosas vueltas. El intestino grueso muestra sus niveles líquidos en los flancos; en el colon descendente y ascendente, que constituyen prácticamente tubos verticales suspendidos de las flexuras, la altura vertical de la columna de gas puede alcanzar de 10 a 15 cm.

Cuando las asas delgadas tienen un contorno irregular en sus características y están desplazadas de su posición normal, puede ser muy difícil—y a veces imposible—tomar una clara decisión sobre el segmento de intestino afecto en la oclusión.

En general, la posición preferible para la exploración radiológica es la vertical o semivertical, posición que podemos obtener más cómoda y fácilmente con una mesa de tipo basculante. Nosotros hemos empleado sistemáticamente el enema opaco baritado, después del examen del abdomen en vacío, en cuyo momento creemos es cuando se obtiene una información general de orientación sobre la posible causa y localización de la oclusión, estando colocado el enfermo en decúbito supino con la mesa horizontal se da entrada a la papilla, se observa su progresión ante la pantalla hasta conseguir, si ha lugar, la replección del ciego, quedando descartada con este último hecho la participación cólica en la oclusión.

Si después de introducir la papilla por medio del enema situamos al enfermo en posición vertical, veremos—en los casos en que realmente exista un íleo del delgado—los niveles y el gas ocupando el centro del abdomen, enmarcados por el colon situado periféricamente y dibujado por la papilla. Posteriormente, al vaciar el paciente el enema, comprobamos nuevamente la nueva topografía del hallazgo radiológico; la mayoría de las veces la nueva imagen será superponible en un todo a la primera, pero ocurre a veces que con la expulsión del enema ha logrado el enfermo también emisión de heces y de gases, en cuyo caso la imagen radiológica varía, e incluso, en muy contadas ocasiones, desaparecen ante la pantalla en el nuevo examen los signos que evidenciaban el estado de íleo agudo.

Nos abstenemos en absoluto en los casos agu-

dos de la administración de papilla opaca "per os"; aunque ello nos daría imágenes muy aprovechables para el diagnóstico, sobre todo en lo referente a localización y altura del obstáculo en el delgado, su empleo presenta el posible y significativo riesgo de la conversión de una oclusión parcial o incompleta en total o completa (hecho que hemos tenido ocasión de observar en nuestro Servicio de Valdecilla). Además (MEYER y SPIVACK), si el enfermo ha de ser ulteriormente operado y la anestesia se realiza con un anestésico general por inhalación, puede sobrevenir la asfixia por aspiración del bario.

Al hablar de la exploración radiológica en el íleo agudo en general, dice el Dr. BARON: "El valor de los rayos X para el diagnóstico de íleo agudo es extraordinario; para precisar si el obstáculo está en el intestino delgado o en el grueso magnífico. Respecto a su utilidad para conocer la altura a que está situado en yeyuno-íleo ya es muchísimo menor, aunque no deja de darnos algunos datos; pero en lo que no puede ayudarnos absolutamente en nada es a conocer la causa del íleo y si ésta actúa obturando o estrangulando. Hemos aprendido a no pedirle a los rayos X datos seguros más que sobre existencia o comprobación del síndrome y la distinción entre íleos del intestino delgado o del grueso; pero una vez llegada la papilla a fondo de ciego, el sospechar la localización, causa y mecanismo ya es obra de la anamnesis, de la exploración manual y en la mayoría de los casos del bien poco seguro cálculo de probabilidad y de frecuencia, pero no de la exploración radiológica."

Refiriéndose a la localización del obstáculo, dice MONDOR que es necesario examinar la topografía general. El escalonamiento de las zonas claras o hidroaéreas se hace casi siempre de arriba a abajo y de izquierda a derecha. El nivel de las últimas asas patológicas situadas sobre esta línea deberá hacer prever la proximidad de asas normales. Si las zonas claras no ocupan más que el flanco izquierdo, el obstáculo tiene todas las probabilidades de estar situado en la vecindad o a la izquierda de la línea media; si desbordan a la derecha de la columna nos inclinaremos hacia este lado (KLOIBER, DURET, HOYER, BONNAND y DAVIS). Si existe gas en la pequeña pelvis, se examinará el final del delgado (KLOIBER). Estas afirmaciones no son más que de un relativo valor y de simple indicación; todavía sobre esto no se pueden formular reglas fijas (MONDOR).

¿Puede presentar el asa situada inmediatamente por encima del obstáculo, de la estenosis, de la brida o de la adherencia una forma reveladora? (MONDOR). Según HOYER, tal asa estaría animada de un peristaltismo particularmente vivo y se dibujaría en el abdomen con la forma de una U invertida y con brazos desigualmente largos. Ciertamente, ello no se puede considerar como constante; sin embargo, MONDOR recoge 15 casos de la literatura y encuentra que

en 8 se encontró en la operación tal asa. Uno de los niveles horizontales se verá, en efecto, más cercano al obstáculo; el asa es aérea, en forma de herradura ("fer a cheval" de MONDOR), terminada por abajo por dos niveles líquidos opacos situados a diferentes alturas. Sus contornos están habitualmente lisos en el costado convexo y desflecados en el borde avial. MONDOR, de 13 casos, encuentra tal asa en 5.

Nosotros no hemos podido encontrar en ninguna de las placas radiográficas de nuestros ileos mecánicos postoperatorios tal signo con claridad, como para atribuirle el valor que señala MONDOR; a lo sumo, en algunas podemos precisar imágenes análogas que en la posterior operación no han tenido la confirmación indicada por el autor francés.

En ciertas radiografías (MONDOR) se percibe como un semillero de pequeñas manchas claras que parecen continuar hacia abajo el asa distendida por el gas. Le parece a MONDOR un signo interesante, pero él mismo advierte que no se debe forzar su valor. Un asa torsionada sobre una brida, o en la que sus dos pies están simplemente estrangulados por aquélla, puede dar en todo una imagen análoga, sin tener—claro es—ninguna significación en cuanto a localizar el obstáculo. Es cierto que en estos casos las asas inmediatamente subyacentes pueden adoptar también esta forma de U invertida.

"Si el signo de Hoyer—dice MONDOR—no nos sirve para fijar el mecanismo de la oclusión, puede al menos en ciertos casos indicar el sitio del obstáculo."

Queremos, por último, señalar el valor de la exploración Roentgen en los casos de ileo precoz postoperatorio, y especialmente en la variedad de este tipo, llamada "oclusiones inmediatamente consecutivas" a la operación recientemente practicada. En tales emergencias el diagnóstico es con frecuencia arduo y dificultoso en extremo. El accidente oclusivo sucede aquí, sin transición alguna, a la fase hasta cierto punto fisiológica de paresia intestinal postoperatoria (bien descrita, entre otros, últimamente por STAJANO en un trabajo monográfico), y el problema que se presenta consiste en dilucidar ante un prolongado estado parético del intestino si estamos en presencia de una verdadera oclusión mecánica aguda (que precisa de un adecuado y especial tratamiento: operación o aspiración por intubación), o bien si el enfermo es únicamente portador de una disfunción intestinal, paresia, ante la cual podemos temporizar practicando, sin embargo, un adecuado tratamiento médico, o—por último—si tal estado refleja un cierto grado de infección peritoneal persistente o residual después de la intervención reciente que suprimió el foco originario.

Clínicamente los fenómenos importantes que nos deben hacer pensar que estamos en presencia de tal variedad de ileo son de tres órdenes: dolores abdominales persistentes, ya intermitentes, ya continuos; los vómitos abundantes y re-

petidos, o bien, solamente la distensión abdominal progresivamente creciente. Estos síntomas corrientemente se agrupan para constituir un cuadro clínico en el que predomina la retención de heces y de gases, sobre todo de gases; añadiéndose a estos síntomas locales un progresivo empeoramiento del estado general del recién operado.

La exploración física del abdomen pocos datos puede darnos habitualmente: existe distensión uniforme, sin peristaltismo visible no palpable (aunque de existir constituye un signo de gran valor). Es necesario, al pensar en tales circunstancias en la posibilidad ileo postoperatorio, recordar los detalles de la intervención recién realizada, ya que frecuentemente la afección que la motivó estaba representada por lesiones inflamatorias agudas, con peritonitis generalizada o localizada (muy frecuentemente se trataba en nuestros casos de operaciones por apendicitis perforadas o peritonitis apendiculares) y no olvidar que una ligera elevación térmica es casi normal durante los inmediatos días postoperatorios, detalle que poco nos puede ayudar en este diagnóstico que pretendemos hacer.

MONDOR, refiriéndose a este tipo de oclusión, dice que "durante los primeros días después de la operación estamos acostumbrados a ver a los enfermos quejarse de dolores, con distensión abdominal y con vómitos. ¿Cómo estar alerta si incluso la temperatura no pasa de 38°? Para él ésta es una forma de ileo particularmente grave por tres razones: 1.ª Por lo insidioso de su comienzo. 2.ª Por la dificultad del diagnóstico; y 3.ª Por la evolución brusca.

"Como el enfermo no defeca ni ventosea, se prescribe un enema de limpieza, y si con él se obtiene la expulsión de algunas ventosidades, tendremos el signo engañoso que autorizará la contemporización" (FOUGERAT).

Otras veces se piensa en que no se trata más que de una dilatación aguda de estómago, pero el lavado gástrico y el decúbito ventral no impiden que continúen los vómitos biliosos.

Según anteriormente decimos, es decisivo para el diagnóstico precoz de esta complicación la exploración radiológica. Si se trata de un ileo funcional (espástico o más frecuentemente paralítico), la imagen radiológica consistirá únicamente en la presencia de gas en el intestino. Si obtenemos niveles hidroaéreos, podemos estar en presencia de una peritonitis o de una oclusión mecánica, cuestión que habitualmente se aclara por un detallado estudio de la película radiográfica.

El exudado de las peritonitis tiene una distinta traducción radiológica, según su abundancia o escasez. Si es escaso, se presenta como un velo opaco difícilmente visible, concurriendo con un ileo paralítico destaca más claramente y se evidencia con mayor facilidad. Cuando el intestino está distendido y no hay líquido interpuesto, los contornos intestinales son netos, delgados y angulosos; si aparece un exudado entre las asas,



los ángulos se redondean y los contornos se engruesan (LAURELL).

Si el exudado peritoneal es abundante, se le puede observar en la radiografía de pie bajo la forma de un nivel, a veces horizontal y otras irregular, y del cual emergen, en el caso de íleo, asas intestinales dilatadas (URIBURU). Cuando se le observa asociado a los elementos del íleo, es lógico pensar en una oclusión peritonítica, o bien que la irritación peritoneal es consecutiva a una estrangulación.

En los casos de íleo precoz, puede evolucionar simultáneamente dicha oclusión precoz y una peritonitis. Sobre el carácter radiográfico de ésta podemos decir lo que PASHMAN ha escrito recientemente: "el sello o muestra distintiva principal de las peritonitis supuradas está señalado en la placa radiográfica por la existencia de un "revoque" grueso, neto, que bordea o circunda en forma de pasta las asas delgadas, dando al conjunto del conglomerado el aspecto de un mosaico". URIBURU da en estos casos gran valor al signo descrito por DEL CAMPO bajo el nombre de *íleo regional sintomático*. "Mientras que en el íleo mecánico—dice DEL CAMPO—la distensión intestinal es retrógrada, tomando sucesivamente los segmentos intestinales, unos a continuación de los otros, el íleo paralítico de la peritonitis puede tomar segmentos del tubo digestivo, que, aunque alejados en su continuidad, sean vecinos topográficamente, regionalmente; es lo que nos ha hecho denominarlo íleo regional sintomático."

#### CASUÍSTICA Y RESULTADOS CONSEGUIDOS CON LA EXPLORACIÓN ROENTGENOLÓGICA EN NUESTROS ENFERMOS.

Se realizó la exploración en 40 casos de los 70 de íleos agudos mecánicos postoperatorios estudiados en total; por diversas circunstancias no se verificó en los otros 30 casos. En todos los pacientes explorados hemos obtenido un claro hallazgo radiológico (100 por 100), ya en el sentido de descartar la afección, ya para comprobar la existencia de un íleo agudo real; es más, en dos casos en los que la exploración física corriente del abdomen era completamente negativa, la historia clínica detallada del actual episodio abdominal agudo y el consecutivo examen a rayos X confirmaron estar en presencia de una obstrucción aguda, que ulteriormente en la operación se vió era producida por un mecanismo obturante.

En 37 enfermos (92,50 por 100 de los casos explorados) encontramos niveles hidroaéreos dentro del marco cólico. Este se dibujó siempre en los enfermos examinados por medio del enema opaco. De esos 37 enfermos, todos portadores de un íleo del delgado, 15 fueron estrangulaciones y 22 obturaciones. Radiológicamente no hemos podido hallar ningún signo, ni pequeño detalle peculiar, que pudiese hacer presumir ante un caso determinado si el mecanismo de la oclusión actuaba obturando o estrangulando.

Solamente en tres casos encontramos cámaras gaseosas en vientre, como único signo radiológico de oclusión aguda, representan el 7,50 por 100; de ellos, un caso de estrangulación y dos de obturación.

En ningún caso de los explorados a rayos X con sospecha de íleo agudo y en los que la radiología había sido negativa, el curso ulterior del enfermo demostró la presencia del íleo. Sin embargo (MONDOR), no debemos esperar a tener signos radiológicos netos antes de hacer en firme una indicación operatoria, "si esperásemos siempre hasta encontrar signos infalibles, obraríamos con mucha imprudencia; los signos roentgenológicos pueden ser discretos y ser, en cambio, grave la oclusión".

A pesar de esta afirmación del autor francés, retengamos el valor del examen de nuestros casos: en todos ellos constituyó dicho examen el signo más constante para el diagnóstico positivo del íleo postoperatorio, como ocurre ante cualquier forma de íleo agudo. En el 100 por 100 de los casos en que realmente existía la afección fué positiva la radiología.

Como datos comparativos terminaremos añadiendo que, de los clásicos síntomas de la obstrucción intestinal aguda, el dolor espontáneo existía también en todos los enfermos estudiados; la retención de heces y de gases faltaba en 5 casos; los vómitos no existieron en 7 casos, y, por último, el dolor provocado en vientre estaba ausente en 14 casos.

#### SUMMARY

The experience of the author on the radiological examination of 40 cases of acute post-operative mechanical ileum is reported. The most typical radiological signs of this condition are revised and it is deduced that in 100 % of the cases the radiological examination was definite, as much to reject as to confirm the condition.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Man teilt seine eigene Erfahrung in der roentgenologischen Untersuchung von 40 Fällen mit akutem, postoperativem, mechanischen Ileus mit. Die charakteristischen roentgenologischen Symptome dieser Affektion werden noch einmal besprochen, wobei man zu dem Schluss kommt, dass die Roentgenuntersuchung in 100 % ausschlaggebend zur Bestätigung oder Ablehnung der Diagnose war.

#### RÉSUMÉ

On expose l'expérience personnelle de l'auteur sur l'exploration radiologique de 40 cas de l'íleon aigu mécanique postopératoire. On examine à nouveau les signes radiologiques les plus typiques de l'affection et on conclue que chez le 100 % des cas l'exploration radiologique fut définitive aussi bien pour rejeter le processus que pour le confirmer.