هماتوم‌جدار روده دراثر داروهای ضدانعقاد*

مجله نظام پزشکی
سال پنجم ، شماره ۴ ، صفحه ۳۴۹ ، ۲۵۳۵

دکتر تقی میلانی**

مقدمه : شرح بیماری هماتوم انترامورال :

برمان ومنلا(۲) درسال۱۹۵۲ برای نخستین‌بار این‌بیماری را در نیویورك انتشاردادند وهربرت(۳۲) درسال۱۹۶۸ تمام شرح‌های منتشر شده را جمع‌آوری کردکه به ۸۸ مورد رسید . پس ازآن ۱۵ مورد دیگر(۶۴-۴۳-۳۳) منتشر گردیدکه با مورد ما، که بنظر اینجانب برای نخستین‌بار درایران انتشار می‌یابد درتاریخ تنظیم این مقاله ، به ۱۰۴ مورد میرسد . هماتوم جدار روده در اثر داروهای ضد انعقاد بیماری فوق‌العاده نادری است و باوجود میلیونها بیمار که بعد از ورود داروهای ضد انعقاد در طب ، بااین داروها تحت درمان روزانه قرار گرفته‌اند ، نسبت آنها فوق‌العاده‌کم است و شاید نزد عده‌ای از بیماران عوارض بیماری خفیف باشد وبه‌مرحله تشخیص ودرمان نرسد .

مایرازقول‌کاتز نقل میکند که در تعداد زیادی از کالبد شکافی بیمارانیکه از بیماری قلب درگذشته و داروی ضد انعقاد مصرف میکرده‌اند ، هماتوم انترامورال در دوازدهه وروده باریك‌به‌نسبت زیادی دیده است ولی این بیماران درزمان حیات عوارضی ازاین بیماری نداشته‌اند.

پائین بودن سطح انعقاد خون وعدم مراقبت بالینی وکمی مقدار پروترومبین درنتیجه استعمال داروهای ضدانعقاد بمدت طولانی، شرط لازم برای بوجود آمدن این بیماری است ولی شرط کافی نیست وپاتوژنی این بیماری مرموز را روشن نمیکند .

مواردی منتشر شده است (مایر وهمکاران)که بیمار بمدت یك یا دوهفته داروی ضدانعقاد مصرف میکرده وبه این عارضه دچار شده است. ازاین روی به‌طور قطع یك عامل شخصی وانفرادی موضعی یاعمومی وجود داردکه مطالعات بعدی باید قضیه را روشن کند . قاعدتاً ژژونوم دچار این عارضه میشود ولی در موارد نادری در دوازدهه وایلئون ورکتوم وحتی در طحال نیز دیده میشود.عارضه ژژونوم معمولا حدود ۴۰- ۵۰ سانتیمتر از روده را فرامیگیرد. موقعیکه شکم باز میشود، این‌قطعه روده فوراً جلب توجه میکند. چون روده مایل به‌کبودی، مملو از خون وجدار آن ضخیم است وخون از این جدار به‌بیرون تراوش می‌کند . هماتوم کم وبیش وارد مزو میشود ، اما جریان خون در شریان تکه مبتلای روده برخلاف انفارکتوس روده ، طبیعی است .

نشانه‌های بالینی

نشانه‌های معمولی یك‌انسداد هستند ازقبیل درد واستفراغ وتوقف گاز و مدفوع . علائم بیولوژی بغیر از زیاد شدن گلبولهای سفید، سقوط پروترومبین را نشان میدهد . اگر با مقدار کمی باریوم عکس گرفته شود یك تنگی موضعی دایره شکل با اتساع قسمت بالای آن دیده میشود . گاهی تصویر یك قطعه روده باد کرده و ضخیم (آهار زده) ویك قطعه روده گشاد شده دیده ، شده است. چین‌های ضخیم درناحیه ضایعه دیرتر ظاهر میشود وبه روده نمای پلکانی میدهد .

تشخیص افتراقی درموقع عمل - هنگام عمل ممکن است ضایعه فقط باانفارکتوس روده اشتباه شود ولی در انفارکتوس روده ، شریان‌مربوط ضربان‌ندارد وآزمایش‌خون نیز سقوط‌پروترومبین را نشان نمیدهد .

---

* L'Hématome intrmural de l'intestin grêle du aux Anticoagulants.

** خیابان پهلوی ـ خیابان پیروز- شماره ۴۹.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-30]

بنظر نویسنده ، که چندین مورد انفارکتوس روده و یك مورد هماتوم انترامورال دیده است ، ظاهر ضایعه در دو بیماری کاملا متفاوت است . هماتوم همیشه نزد بیمارانی دیده شده است که داروهای ضد ویتامین K مصرف کرده‌اند و تا انجاکه اطلاع دارم یك مورد را (Lanegron) شرح داده که بعداز استعمال هپارین ضایعه و بیماری تشخیص داده شده و بیمار با درمان طبی بهبود یافته است .

هماتوم خود بخود جدار شکم ، مخصوصاً هماتوم غلاف عضلات راست ، گاهی عوارض انسدادی میدهد و گمراه‌کننده است. شخصاً به‌یك مورد از این هماتوم برخورده‌ام که باتب ودرد و نشانه‌های انسداد همراه بود وچون هنگام لاپاراتومی ضایعه‌ای درشکم دیده نشد فقط به‌خالی‌کردن لخته‌های داخل عضله راست بسنده کردم واین موجب بهبود بیمار گردید . بیمارما پس از شروع عارضه دردناك، به‌هنگام مراجعه درد مختصری داشت. شب اول دوسه‌بار استفراغ کرده بود. نشانه‌های شکم ، بیماری وضایعه شدیدی را نشان نمیداد و حال عمومی بیمار خوب بود . معذالك در داخل شکم نزدیك یك لیتر خون بود وروده درحال سوراخ شدن. اگر درانجام دادن عمل تأخیرمی‌شد باسوراخ شدن روده باریك و تمام عوارض محتمل آن مواجه می‌شدیم. بعضی‌ازمؤلفین باحدس عارضه شکم‌به‌دیالیز صفاق پرداخته‌اند وباوجود تشخیص خونریزی‌اقدام به‌جراحی نکرده‌اند. ازنوشته‌های این مولفین نمیتوان به‌اوضاع واحوال بیماران پی‌برد، شاید عارضه روده سطحی‌بوده‌است. مسلماً بالاپاروسکوپی‌نمیشود وضع روده رابطور دقیق تشخیص داد. بنظر ما باوجود خطرات‌ناشی ازحال‌عمومی وبیماری قلبی‌این‌بیماران، صلاح‌دراین‌است که عمل‌جراحی. باشکم‌بازانجام‌شود، همانطوریکه گفته شد، تشخیص‌بیماری باضربان موجود شریان مربوط‌وطبیعی بودن وریدآسان است واز انفارکتوس روده باز شناخته میشود . (R. Leriche) درگذشته ودرچند مورد انفارکتوس روده‌راشرح داده‌که‌شریان بازبوده وعارضه درنتیجه گرفته شدن وریدیامربوط به‌رگهای موئینه روده بوده وبیماری بی‌قطع روده و بادرمان طبی بهبود یافته است .

یك ایله‌ئیت موضعی آماسی‌وخونریزی‌دهنده یایك‌شکل حادبیماری کرون باعث گمراهی است ولی در این موارد مقدار پروترومبین خون طبیعی می‌باشد .

به‌هرحال، درموقع‌عمل‌وقتیکه‌اوضاع واحوال روده ایجاب میکند باید قطعه روده را برداشت ، ولی اگر ضایعه خیلی خفیف باشد ممکن است بعداز خارج‌کردن خون ولخته‌های‌آن شکم را بست. لانژرون یك دفعه این عمل را انجام داد وبیمار بهبود یافت .

اینك شرح حال بیماری‌که عمل‌کرده‌ایم :

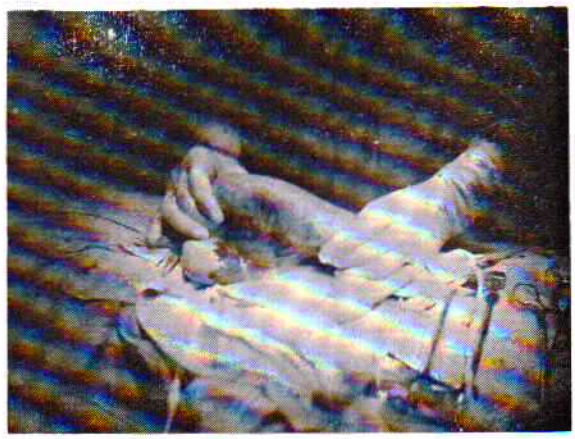
اسدالله ... پرونده شماره ۲۷۰۹ سال ۱۳۵۱ ، مردی ۵۳ ساله باسابقه بیماری قلبی شناخته شده‌که در مدت ۱۲ سال سه دفعه انفارکتوس کرده و۵ سال است که داروی ضد انعقاد (مشتقات دیکومارین) مصرف میکند ودستور پزشك را برای مراجعه‌مرتب وبررسی پروترومبین مراعات نمیکند، وبا این ترتیب در دو دفعه مراجعه پروترومبین خون ۱۸ و۲۲ درصد بود، بی‌آنکه بازنمود بالینی ویاناراحتی داشته باشد . در تاریخ ۵۱/۸/۱۸ بعلت درد شدید شکم در ناحیه اپی‌گاستر واطراف ناف مراجعه‌کرد . درد از شب قبل شروع شده وبحدی بود که بیمار تا شده می‌خوابید وزانوها را بشدت روی شکم فشار میداد و در نتیجه این فشار شدید دولکه خون مردگی درهمان ناحیه تولید شده‌بودکه توجه ما را در معاینه جلب‌کرد.

موقع‌ورود دربخش طبی‌بیمارستان بانك بستری گردیدودستورهای طبی داده شد . درآزمایش خون لوکوسیت ۱۲۶۰۰ با ۷۴درصد پولی ، هماتوکریت ۴۱ وهموگلوبین صد درصد ولی‌پروترومبین خون ۲۰ درصد بود . روز بعدکه بیمار را معاینه کردیم ، درد باشدت‌کمتری ادامه داشت . دو دفعه استفراغ غذائی ویك دفعه مدفوع سیاه رنگ داشته است . شکم نرم‌بود ولی بانفخ .درناحیه بالای ناف تورم دردناکی وجود داشت‌که از چپ براست کشیده میشد . معاینه رکتوم چند قطره خون سیاه رنگ را نشان‌میداد. بیمار تب نداشت، نبض سریع ولی‌خوب وفشار خون ۱۳/۹ بود. اوره خون۸۴ سانتی گرم، گلبولهای سفید ۱۶۹۰۰ با ۷۸درصد پولی، مقدارپروترومبین ۱۴ درصد وزمان‌کوئیك ۴۰ ثانیه بود. E.C.G. نشانه‌های باقیمانده یك‌انفارکتوس‌خلفی را نشان‌میداد. رادیوگرافی‌سینه وشکم چیزغیرطبیعی را نشان نمیداد فقط تیرگی یك نواختی درشکم مشاهده میشد .

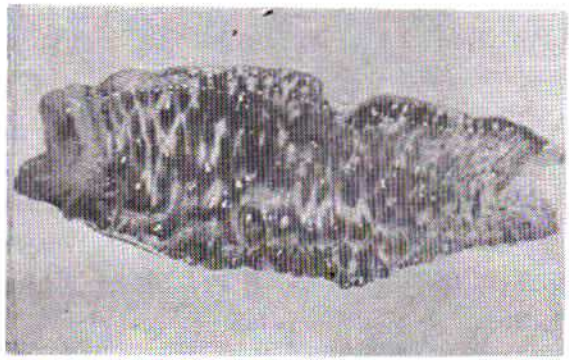
تشخیص ـ باتوجه به‌سابقه انفارکتوس‌های قبلی و عارضه شدید شکم که‌بادردواستفراغ وخونریزی ازراه‌مقعد وسقوط‌پروترومبین خون‌همراه‌بود، حدس هماتوم انترامورال زده‌شد . وبی‌ترانزیت روده باریك تصمیم به عمل گرفتیم . قبلا دو آمپول ویتامین K1 داخل وریدی تزریق گردید و شش ساعت بعد موقعیکه اندازه پروترومبین خون به۶۸ درصد رسید، اقدام به‌عمل جراحی شد .

شرح عمل ـ شکاف در وسط ، بالا و پائین ناف داده شد . پس از بازکردن شکم مقدار زیادی خون تازه وقرمز (۹۰۰ سانتی متر مکعب داخل‌شیشه آسپیراتور) درشکم موجود بود . جست‌وجوی سریع نشان دادکه همه‌چیز طبیعی‌است. فقط یك قطعه روده‌باریك در ۵۰ سانتیمتری زاویه Treitz برنگ قرمز تند مایل‌به‌کبودی،

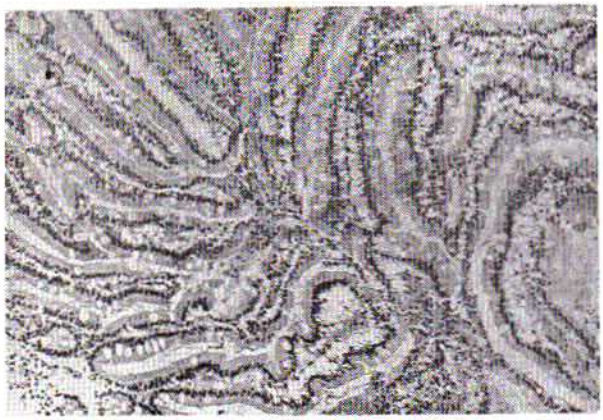
[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-30]



شکل ۱ــ روده باریك که درموقع عمل برداشته شده است.



شکل ۲ــ قطعه روده‌که از خون خالی شده است.





شکل ۳ و۴ــ مقطع میکروسکوپی روده.

باجدار بسیار ضخیم وبه‌صورت چرم‌گاو آب‌کشیده درآمده بود. از تمام این جدار ضخیم قطرات خون بیرون میزد ، روده مملو از خون وآمـاده ترکیدن وحجم آن سه‌برابر حجم روده طبیعی شده بود . مزو (Meso) که درآن خون دویده وپخش شده بوددر مقـابل قطعه آسیب دیدهٔ روده مثلثی درست‌کرده بودکه نوك آن به سوی بندروده (مزانتر) توجه داشت . هرچه از قاعده به‌سوی نوك مثلث نزدیك می‌شدیم خون دویدگی (انفیلتراسیون) کمتر و رنگ آن روشن‌تر میشد (شکل۱). شریان مربوط به‌این قطعه روده ، ضربان طبیعی داشت ووریدآن نیز نرم وآزاد بود.تشخیص پیش از عمل مسلم گردید . بعلت ضایعه مشهود و وسعت پیشرفت ضایعه ومقدار خون موجود درشکم ، به‌هیچ وجه به‌نظر نمی‌رسید که ضایعه قابل‌برگشت باشد. بنابراین‌تصمیم به‌رزکسیون گرفتیم وروده بطول ۶۰ــ۵۰ سانتیمتر برداشته‌شد. درموقع عمل سه شیشه کوچك خون به‌بیمار تزریق گردید .

شرح بافت شناسی (دکتر حبیبی‌بشماره ۱۷۶۰۳)
قطعه‌روده ارسالی‌بطول ۶۰ــ۵۰ سانتیمتر باجدار ضخیم‌به‌ضخامت یك سانتیمتر بی ضایعه مخاطی وضایعه سروز روده ، مملو ازخون تازه است (شکل ۲).

از نظر میکروسکوپی خیز و خونـریزی تمـام لایه‌هـای روده (سروز ، عضلانی ومخاطی) را فراگرفته و غشاء زیر مخاط زیر ماهیچه شامل سطوح آماسی‌وخونریزی است .
نکروز در هیچیك از غشاء سه‌گانه وجود ندارد و شکل سلول‌ها طبیعی است (شکل ۳ و ۴).

جریان بیماری ــ بعداز عمل ساده و عادی‌گذشت. پروترومبین‌که موقع عمل ۶۸ درصد بود ، ۴ روز بعد باتزریق روزانه دوآمپول ویتامین K1 به ۱۰۰ درصد رسید و بقیه نشانه‌های بیولوژیـائی بیماری در آزمایش روز هفتم طبیعی بودند . اجابت مزاج روز سوم خود بخود انجام گردید و روز شانزدهم یك ترانزیت روده باریك صورت گرفت . روده بـاریك در رادیوگرافی طبیعی بود وبیمار ۱۸ روز بعدازعمل از بیمارستان مرخص شد .

REFERENCES:
1- Askey J.M._Hemorrhage during longterm anti_coagulant drug therapy, gastrointestinal hemorrhage. Calif. Med. 104, 449, 1960.
2- BERMAN (H) and MAINELLA (F.S.) Toxic results of anti-coagulant therapy. New York J. Med. 1952, 52, 725-727.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-30]

3- BRETTE (R) DESOTES (J) et TISSOT (A). Hématome de l'intestin grêle au cours d'un traitement anticoagulant. Résection intestinale, Guérison, Lyon, Médical 1966, 45, 961_982.

4- BAILEY W. and AKERS, D. Traumatic intramural hematoma of the duodenum in children; a report of five cases. Amer: J. Surg, 1965, 110, 695.

5_ BARKER N.W. HINES E.A. JR KVALE W.F. ALLEN E.V. DICUMAROL, its action, clinical use, and effectiveness as an anti-coagulant drug. Amer, J. Med. 3, 634, 1947.

6- BRETTE R. DESCOTES J. TISSOTA_Hématome intramural du jejunum, accident drammatique du traitement anticoagulant. Résection intestinale, Guérison. Arch. Franc. Mal. App. Dig. 6: 55, 556, 1966.

7_ BEAMISH H.E. MC. CREATH N.D. Intestinal obstruction complicating anti_coagulant therapy. Lancet 2: 390, 1961.

8- BABB R.R. SPITTEL, J.A. et BARTHOLOMEW L.G. Gastroenterologic complications of anti-coagulant therapy. Mayo Clinic Proc. 1968, 43, 738, 751.

9. CHALNOT (P) et VICHARD (P). Une complication du traitement anticoagulant, l'infarctus intestinal par hématome mésentérique. Presse Méd. 1962, 70, 2654.

10- CULVER (G. J) PIRSON (H.S.) PILCH (F) BERMAN (L) and ABRANES (F.J.) Intramural hematoma of the jejunum, Case Report Radiology 1961, 76, 785_789.

11- CHICHE P. et LEYMARIOS J. Les hématomes de la paroi duodénale au cours du traitement anticoagulant. Presse Méd. November 1966: 74, 48. 2475-2478.

12- CASTELLANI L DEVLAMYNCK P. BARSOTTI J. GRECO J. Hématome pariétal du grêle sous traitement anticoagulant Journal de chir. de Tours et du C.D. 4, 149, 1970.

13- CHAMBERLAIN M.S. EVANS W.E. Coumadin induced small bowel obstruction Ann. Surg. 169, 145.

14- CULVER G.J. PERSON H.S. Intramural hematoma of duodenum: Case Report. Amer. J. Roentgen, 82: 1032, 1959

15_ CULVER G.J. PERSON H.S. Intramural hematoma of jejunum. Case Report. Amer. J. Roentgen, 90_732, 1963.

16_ CAMELOT J. ROUTIER G. et BAYART M. Accidents abdominaux aigus de la thérapeutique anticoagulante. A propos de trois observations J. Sci. Méd. Lille, 1965, 83, 2, 105, 108.

17- CASTELLANI L. BARSOTTI J. MEDELSIM et GRECO J. Hématome pariétal du grêle sous traitement anticoagulant Ann. Chir. 1971, 25C, 1283_1291.

18- CRISLER C. STAFFORD E. et ZUIDEMAG. Surg. Clin. North. Amer. 50_1009-1913_1970.

19- DEVROEDE (G. J) TIROL (F.T.) LORUSO (V.A.) and NARDUCCI (A.E.) Intramural hematoma of the duodenum and jejunum. Amer. I. Surg. 1966-112, 947-954.

20- DEVROEDE J. and TIROL F.T. Intramural hematoma of the duodenum and jejunum .Amer. I. Surg, 1966, 112, 6.

21- DROY J_M. DUBOIS D. HUMBERT G. FILASTRE J. P. et LEROY J. Hématomes rétropéritonéaux spontanés apparaissant sous traitement anticoagulant. Presse Méd. 1971, 79.46, 2065.

22- FERGUSON I.A. J.R. and GOADE, W. J. J. R. Intramural hematoma of duodenum. Report of a case. New Eng. J. Med. 1959, 260_1176_1177.

23- FREEARK, R.J. and CORLEY R. D. Intramural hematoma of the duodenum. Arch. Surg (Chicago) 1966, 92. 4.

24- FELSTON B. LEVINE E.J. Intramural hematoma of duodenum. Diagnostic roentgen sign. Radiology. 63_823_1954.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-30]

25- FRANCILLON J. VIGNAL J. et LESBROS F. Un nouveau cas de complication abdominale mortelle par usage abusif des anticoagulants. Lyon. Chir. 1968, 64, 4, 703-705.

26- GABRIELE (O. F.) and CONTE (M). Spontanuous intramural hemorrage of the colon. Arch. Surg. 1964, 89, 852, 522, 526.

27- GOLDING, M.R. DE JONG P. and PAKER, J. W. INTRAMURAL Hematoma of the duodenum. Ann. Surg. 1963, 157, 573.

28- GARFINKEL B. WALESON M. FURST N.J. Hematoma of duodenum: Report of surgically proved case: Amer. J. Surg/ 95: 484, 1958.

29- GASGARD E. et VIGOUROUX R. Syndromes abdominaux aigus d'allure occlusive et traitement anticoagulant. Marseille. Méd. 1963 No. 4-307-310.

30- GOLD FARB W.B -Coumarin induced intestinal obstruction. Ann. Surg. 1665, 161. 27-34.

31- HIEBEL, G. LANG G. and FONTAINE R: A propos d'un deuxième cas d'hématome duodénal intrapariétal d'allure spontanée. Strasbourg Med. 1963, 14-613-617.

32- HERBERT D.C. Anti-coagulant therapy and the acute abdomen, Brit. J. Surg. 55; 353, 1968.

33- D'HUART F. Syndrome occlusifs par hématomes pariétaux de l'intestin grêle au cours des traitements anticoagulants Mem: Ac. Chir. 1969, 95, 26-27, 755-761.

34- JUDD D.R. TAYBI H. and KING. H. Intramural hematoma of the small bowel: A report of two cases and a review of the literature: Arch. Surg (Chicago) 1964, 89, 527.

35- KRAMER (R. A.) and HILL (R.L). Intramural small bowel bleeding during anti-coagulant therapy. Arch. Inter. Med. 1964, 113-105-109-213-217.

36- KILLIAN S.T. et HEITZMAN E. J. Intramural hemorrhage of small intestine due to anti-coagulants. J.A.M. A. 1967, 200, 7, 111-114.

37- KLINGENSMITH W. Surg. Gyn. Obst. 125, 1333-1345-1967.

38- LIVERUD, K. Hematoma of the jejunum with Sub-ileus. Acta radiol, (Stockh.) 1948, 30, 163-168.

39- LAMY J. MICHOTEY G. BRICOT R. et ASSADOURIAN R.A propos de quelques accidents abdominaux au cours des traitements par anticoagulants. Marseille. Chir. 1966, 19, 4, 622-628.

40- LEVINE S. et WHELAN T.J.-Small bowel infarction due to intramural hematoma during anticoagulant therapy Arch. Surg. 1967, 95, 2, 245, 248.

41- LEYMARIOS J.-Les hémorragies du tube digestif au cours des traitements anticoagulants. Presse Med: 1967, 75, 5, 207, 208.

42- LIARAS H. NEIDHARTD J.H. TAIRRAZ J.P. GUELPA G. CHADENSON O. REYNAUD M. et BOULETRAND P. Hématome Inatramural non traumatique de la première anse jéjunale avec hémorragie intrapéritonéale simultanée, au cours d'un traitement anticoagulant peolongé. Lyon, Chir. 1968, 64, 4, 700-703.

43- LANGERON P. et Coll.-Accidents occlusifs sous traitement anticoagulant (hématome intramural de l'intestin grêle. 4 observations /Chirurgie 1972-98. 199-205.

44- LOELIGER and HEMKER - Lancet. Vol. 1, 1970 (c) 894.

45- MACON W.L. MORTON J. H. ADAMS J. T. Significant complications of anti-coagulant therapy. Surgery, 68, 571, 1970.

46- MICHAELS M.M. Circulation 25, 804-1962.

47- NELSON (S.W.) and EGGLESTONE (W). Findings on plain roentgengrams of abdomen associated with mesenteric vascular occlusion with possible new sign of mesenteric venous thrombosis. Amer. J. Roentgenol, 1960, 83, 886-894.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-30]

48- NICHOL E.S. PHILIPS W.C. et JENKINS V.E. Med. Clin. N. Amer. 38, 399, 1954.
49- PARRISH (R.A.) Intestinal obstruction (a complication of anti_coagulant therapy). Amer. J. Surg. 1959, 97, 787.
50_ PEARSON (S C) and MCZKENZIE (R.J) Intestinal obstruction due to hydroxycoumarin poisoning J.A M.A. 1958, 167, 455.
51_ PERROTIN J. et PRANDI D. Sur un cas d'occlusion intestinale par hypoprothrombinémie chez un vieillard. Ann. Chir. 1967, 21, 23. 24, 1427_1428.
52- PEYCELON R. DELORE X. PORTI J. P. et DALLE VAECHE. A propos des complications abdominales des traitements anticoagulants Lyon. Chir. 1966, 62, 3, 388-291.
53- PASTOR B.H. RESNICK M. et RODMANT J. AM. Med. ASS, 180, 747_753_1962.
54- ROWE E.B. BAXTER M.R. AND ROWE C.W.
55- ROSEAU (E). Accidents occlusifs des traitements anticoagulants prolongés, 1965_90_1_2, 75_85.
56- RAINE J.W.E. N.Z. Med J. 62, 85_88_1963.
57- REBUT_Thèse Paris 1962 (3 cas).
58_ SENTURIA H. R. SUSMAN N. and SHYKEN, H. The roentgen appearences of spontaneous intramural hemorrhage of the small intestine associated with anti-coagulant therapy Amer. J. Roentgenol. 1961, 86-62_69.
59- SEGAUL A.I. MILLS M. WERTHEIMER H.M. Intramural hematoma of the intestine as a complication of anti_coagulant therapy: Amer. J. Surg, 107-891-1964.
60- SHLEVIN E.L. LEDERER M. Uncontrollable hemorrhage after dicoumarol therapy with autopsy findings. Ann. Intern. Med. 21, 332; 1944.
61- SILBERT B. FIGIEL L.S. et FIGIEL S.J. Intramural jejunal hematomas secondary to anti_coagulant therapy. Amer. J. Digest Dis. 1962, 7, 10, 892-899.
62- SEARS A.D. HAWKINS J. KILGORE B.B. and MILLER J.E. Plain roentgenogram findings in drug induced intramural hematoma of the small bowel. Amer. J. Roentgen 1964, 91, 808-813.
63- TENAILLEAU A._A propos d'un hématome intramural du jéjunum au cours d'un traitement anticoagulant thèse, Paris, 1965.
64- VOSSE-MATA: GNE G. RUTTEN F. MONOYER J-J., JORIS H. HUMBLET L. Jacquet N. Husquinet W. et Schmitz A. Hématome intramural de l'intestin grêle à propos de deux cas. Arch. Mal. App. Dig 1969, 58, 10_11-713.
65- WIOT, J.F. WEINSTEIN A.S. and FELSON B. Duodenal hematoma induced by coumarin. Amer. J. Roentgenol, 1961, 86, 70-75.
66- YVARS (A. M) ECKERT (B) and KANE (A. A). Small bowel obstruction following anti-coagulant therapy. Amer. J. Gastroent. 1965, 44, 572.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-30]