

L'esplorazione rettale nel cavallo in colica

G. Biglietti

Libero professionista,
Bellinzago Lombardo (MI)

Scopo di questo lavoro è quello di cercare di sottolineare l'utilità fondamentale dell'esplorazione rettale quale momento cruciale della visita clinica del cavallo in colica.

Essa rappresenta infatti, secondo le mie personali esperienze, maturate durante lo studio delle coliche del cavallo in Italia e all'estero, un gradino indispensabile per il raggiungimento di una corretta diagnosi.

Come supporto iconografico, ho ritenuto opportuno utilizzare i grafici descrittivi proposti da Huskamp e Kopf [5, 6, 8], che considero completi e di assoluta chiarezza e facile comprensione, se adeguatamente illustrati.

LE COLICHE DEL CAVALLO costituiscono sempre una situazione critica, che deve essere presa in esame dal medico veterinario con massima attenzione e accuratezza, al fine di destinare il soggetto in colica verso la terapia più indicata, sia essa medica o chirurgica. Questo è un punto di fondamentale importanza, in quanto permette di evitare, nel limite del possibile, inutili perdite di tempo che possono rivelarsi fatali per il cavallo.

Per raggiungere questo scopo, è essenziale un'accurata visita clinica del soggetto, che ha il fine principale di permetterci di valutare le condizioni generali del cavallo e di fornirci quindi i primi indizi sulla gravità del caso, suggerendoci il primo intervento terapeutico, ponendo particolare attenzione al controllo del dolore, e importanti indicazioni per la corretta interpretazione dei reperti che otterremo mediante l'esplorazione rettale. Questa è di per sé un momento fondamentale della visita clinica di un cavallo in colica.

Essa è infatti una pratica di primaria importanza ai fini diagnostici in quanto, permettendo di individuare il più delle volte la patologia, o almeno il tipo di patologia in corso, ha un'utilità paragonabile alla radiografia addominale nell'uomo e nei piccoli animali.

TECNICA DI ESECUZIONE

Occorre ricordare sempre, quando ci si accinge ad eseguire una esplorazione rettale, che essa è una pratica pericolosa, sia per l'operatore che per il cavallo (lacerazioni del retto). Per questo motivo è opportuno procedere a un adeguato contenimento fisico o farmacologico del soggetto, ed eseguire la palpazione in modo delicato e accorto, per evitare che questa pratica, tanto utile per il veterinario, si riveli disastrosa per il soggetto in esame.

La palpazione transrettale permette di esplorare solo circa il 40% della cavità addominale [5], e deve essere effettuata inserendo la mano all'interno della parte terminale del piccolo colon, per ridurre al minimo i rischi di lacerazione del retto [7]. Questo viscere infatti, dal lume stretto che aderisce alla mano come un guanto, permette, grazie al suo lungo meso, di muovere liberamente la mano all'interno della cavità addominale senza applicare eccessiva trazione sul meso, o eccessiva pressione sulla parete, cose che invece avverrebbero effettuando la palpazione con la mano all'interno del retto.

L'esame ha inizio con la valutazione delle feci che vengono estratte dall'ampolla rettale, se presenti (co-

lore, odore, presenza di muco, sangue o parassiti). Quando all'interno del retto non sono presenti scibale, verrà esaminata la superficie del guanto una volta terminata la palpazione. La presenza di sangue vivo o coagulato all'interno del retto, è sempre indice di una lacerazione a carico delle pareti di questo viscere [4]. In tal caso sarà opportuno procedere a un'accurata palpazione della parete del retto per valutare la localizzazione, la profondità e l'estensione della lacerazione.

Una volta raggiunto con la mano il lume del colon discendente, si dà inizio alla palpazione, partendo sempre dalle strutture più profonde, per evitare di indurre lo stimolo della defecazione, evocato palpano le strutture più caudali. Nel caso in cui il cavallo opponga particolare resistenza alla palpazione, alcuni autori suggeriscono di introdurre lidocaina all'interno del retto, di utilizzare per l'esplorazione un gel contenente la stessa sostanza [1], o ancora di somministrare al soggetto bassi dosaggi di xylazina, per ottenere un adeguato rilassamento degli sfinteri [4].

La palpazione deve essere sempre eseguita attenendosi a una sequenza predeterminata con la quale il clinico deve possedere una buona familiarità, e in modo metodico e accurato, al fine di evitare dimenticanze. Quando ci si trova di fronte a reperti non chiari o ambigui, è sempre utile effettuare una nuova palpazione poco tempo dopo la prima. Più palpazioni effettuate a breve distanza di tempo, permettono infatti di ottenere un quadro della situazione spesso più chiaro, poiché alcune anse intestinali possono nel frattempo essersi spostate caudalmente, divenendo facilmente palpabili [4, 8]. È sempre buona norma infine non interrompere la palpazione se si individua una patologia, soprattutto se si tratta di una patologia che non prevede una terapia chirurgica, poiché molto spesso, per esempio, ectopie del colon per le quali si opterebbe verso una terapia conservativa, sono secondarie o contemporanee ad alterazioni del piccolo intestino di primario interesse chirurgico. Nella mia esperienza ho incontrato diversi soggetti che presentavano una dislocazione dorsale destra o sinistra del colon ascendente, contemporaneamente alla costipazione dell'ileo.

ANATOMIA NORMALE

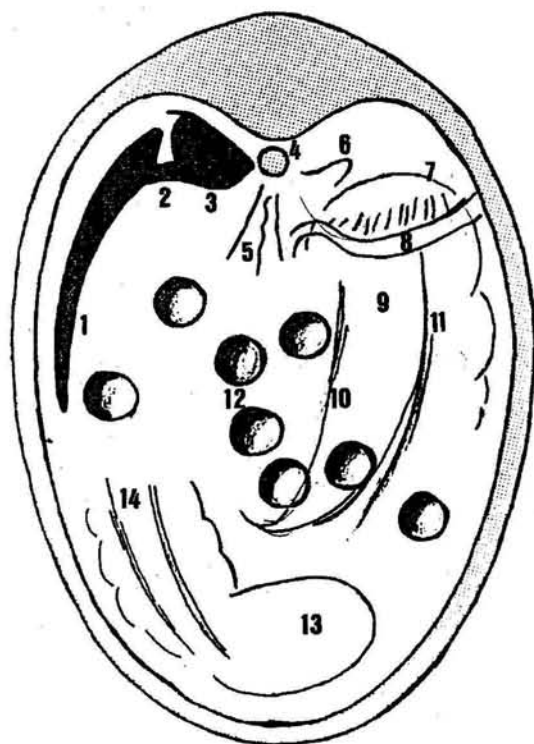
Abbiamo già accennato come sia opportuno seguire, durante la palpazione, una sequenza prestabilita. Personalmente seguo quella suggerita da White (1990), che prevede la suddivisione della porzione di addome esplorabile in 4 quadranti, che vengono presi in esame dal clinico partendo dal quadrante dorsale sinistro, e, procedendo attraverso gli altri in senso orario, terminando la palpazione prendendo in esame il quadrante ventrale sinistro (fig. 1).

In condizioni fisiologiche sono apprezzabili le seguenti strutture, partendo dal quadrante dorsale sinistro e procedendo in senso orario: il margine caudale della milza; il legamento nefrosplenico, al di so-

pra del quale è possibile inserire due dita; il rene sinistro; l'aorta, ventralmente al rachide, e in alcuni casi la radice del mesentere craniale; la testa del cieco e il duodeno, che con la sua flessura caudale ne circonda il margine dorsale; il corpo del cieco, viscere del quale sono apprezzabili la tenia ventrale e la tenia mediale; la flessura pelvica e la porzione caudale del colon ascendente di sinistra; immediatamente davanti al bacino si può palpare la vescica; negli stalloni si possono palpare gli anelli inguinali, all'interno dei quali è possibile inserire un dito, e nelle femmine l'utero. Il colon discendente, riconoscibile per la presenza al suo interno di scibale formate, è apprezzabile in varie posizioni all'interno della cavità addominale, non possedendo una sede e localizzazione fissa. Si procede quindi alla palpazione delle pareti della cavità addominale, in condizioni fisiologiche lisce, ed estraendo il braccio, alla palpazione delle pareti del retto.

Durante l'esplorazione rettale è inoltre utile valutare la natura del contenuto dei visceri: se gassoso, liquido, o solido, e, in quest'ultimo caso, se di consistenza normale. È infine possibile valutare lo spessore della parete dei visceri stessi, o palpanoli tra le dita, o schiacciandoli contro la parete addominale.

Figura 1. Reperti fisiologici.



- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1: Margine caudale della milza | 8: Duodeno |
| 2: Legamento nefrosplenico | 9: Corpo del cieco |
| 3: Margine caudale del rene sinistro | 10: Tenia mediale del cieco |
| 4: Aorta | 11: Tenia ventrale del cieco |
| 5: Radice del mesentere craniale | 12: Piccolo colon contenente scibale formate |
| 6: Legamento dorsale del cieco | 13: Flessura pelvica |
| 7: Testa del cieco | 14: Colon ascendente ventrale di sinistra |

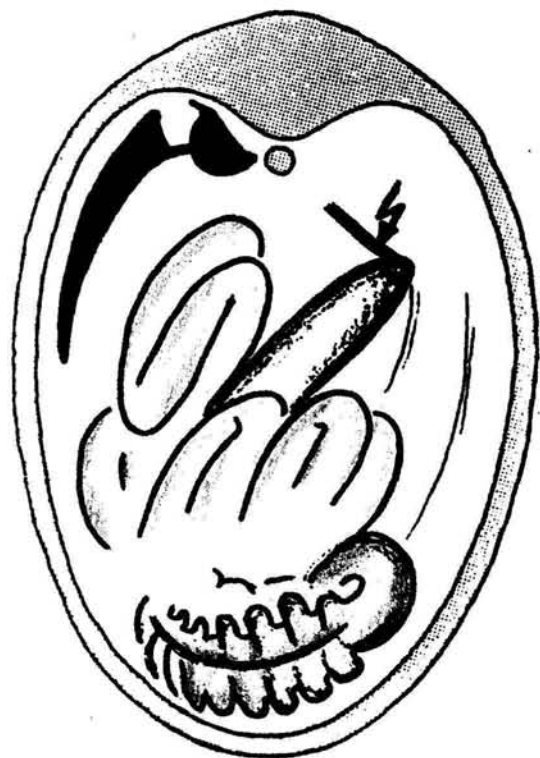
PATOLOGIE DELL'INTESTINO TENUE

Quando ci si trova in presenza di patologie dell'intestino tenue, questo viscere, non apprezzabile con la palpazione in condizioni normali, tende a riempirsi di liquido e gas a monte dell'ostruzione, divenendo facilmente riconoscibile in esplorazione rettale. Questo fenomeno porta inoltre a un aumento del peso del viscere che, provocando lo stiramento del mesentere, rende più facilmente palpabile la radice del mesentere stesso.

Costipazione dell'ileo

Se la patologia si è instaurata da breve tempo, si può apprezzare l'ileo di consistenza pastosa, a causa del suo contenuto solido, in direzione obliqua, fissato nella regione dorsale destra alla base del cieco, e qualche ansa di intestino tenue piena di liquido e gas (fig. 2a). Se invece la patologia persiste da alcune ore, si possono palpare un gran numero di anse del piccolo intestino piene di liquido e gas, solitamente non tese in modo particolare, spostate molto caudalmente, fino a invadere il bacino. In questa condizione non è possibile apprezzare l'ileo costipato, in quanto spostato cranialmente dalle anse dilatate del pic-

Figura 2a. Costipazione dell'ileo.



La costipazione dell'ileo può essere diagnosticata con sicurezza solo nelle fasi iniziali, quando è possibile palpare l'ileo di consistenza pastosa, pieno di materiale solido fissato alla base del cieco nella regione dorsale destra. Il cieco può presentarsi vuoto e poco apprezzabile. La palpazione del legamento ileociecale teso provoca dolore, ed è presente una dilatazione prestenotica del digiuno, e materiale fecale disidratato all'interno del grosso colon.

colo intestino. Il colon ascendente di sinistra si presenta pieno di feci asciutte, a causa dell'interruzione dell'apporto di liquidi (fig. 2b).

Gastro-duodeno-digiunite

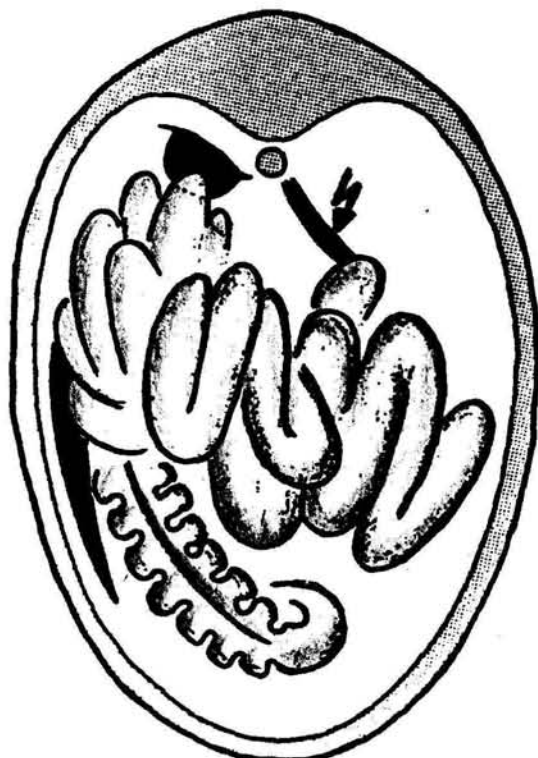
È ben localizzabile la flessura caudale del duodeno, che si rivela particolarmente tesa; sono apprezzabili alcune anse del piccolo intestino leggermente distese, localizzate molto cranialmente, raggiungibili solo con la punta delle dita.

Ernie interne

Sono apprezzabili diverse anse del piccolo intestino particolarmente tese (fig. 3a). Se si tratta di ernia inguinale, è possibile sentire l'intestino che penetra nell'anello inguinale e ne fuoriesce, ostruendone il lume.

Nel caso di ernia mesenterica, così come per i volvuli, è possibile a volte palpare il tratto di intestino erniato, riconoscibile oltre che per la tensione, anche per il grave edema della parete e la dolorabilità alla palpazione. Tali anse possono essere più o meno numerose e mobili. Nei casi di volvolo del digiuno esse sono poste parallelamente l'una all'altra, fisse, im-

Figura 2b. Casi avanzati di costipazione dell'ileo.



Tale viscere non può essere palpato per la presenza di un gran numero di anse dilatate del piccolo intestino che, riempiendo la porzione caudale della cavità addominale, spostano cranialmente l'ileo. Solo il mesoileo teso può essere un segno, anche se non molto significativo, dell'esistenza di questa patologia.

mediatamente sotto la radice del mesentere craniale, a sua volta particolarmente teso e dolente. Quando si nutre il sospetto di un'ernia del forame epiploico, Huskamp e Kopf (1978) suggeriscono che può risultare utile ai fini diagnostici applicare una trazione sulla tenia ventrale del Cieco; questa operazione permette infatti di spostare caudalmente questo viscere, provocando una trazione indiretta sull'ileo, tratto dell'intestino tenue più frequentemente coinvolto in questo tipo di patologia, evocando così la risposta algica del soggetto (fig. 3b) [2, 5].

Utilizzo personalmente di routine questa pratica, e ho registrato il manifestarsi di una risposta algica anche in alcuni soggetti con costipazione dell'Ileo, senza la presenza di ernie. Penso quindi che questa prova possa costituire anche un buon indice del coinvolgimento dell'ileo nella patologia a origine della colica.

Aderenze

Quando sono presenti aderenze a carico dell'intestino tenue, è possibile percepire la presenza di più anse del piccolo intestino estremamente ravvicinate, fisse, e caratterizzate da una distensione minore di quella presentata dalle anse prestenotiche dello

stesso viscere. Mantenendo la mano a contatto di queste strutture, è inoltre possibile apprezzarne a volte le contrazioni peristaltiche.

Invaginamento Ileocecale

Questa è una patologia piuttosto rara, caratterizzata dalla presenza di una formazione di forma non ben definita, fissata sul margine dorso-mediale, che può essere palpata in corrispondenza del terzo superiore del corpo del cieco, e spostata in direzione trasversale e sagittale.

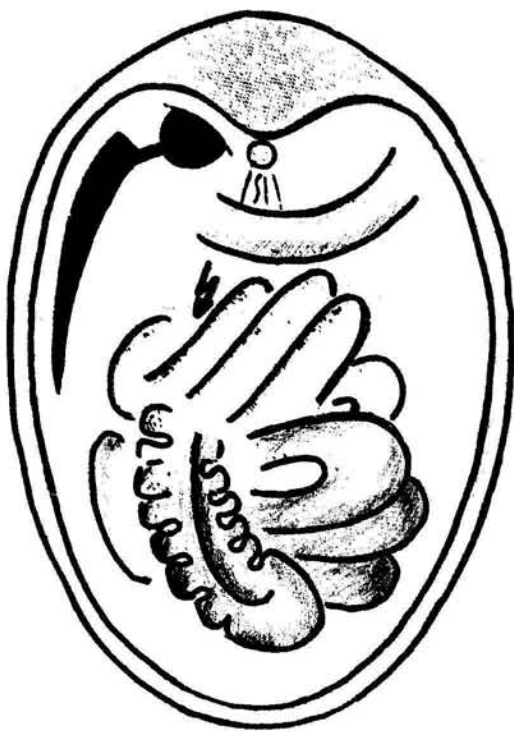
La palpazione del punto in cui tale massa è fissata provoca dolore. I rimanenti reperti ottenuti, sono quelli classici di una ostruzione del piccolo intestino. (fig. 4).

PATOLOGIE DELL'INTESTINO CRASSO

Dilatazione del cieco

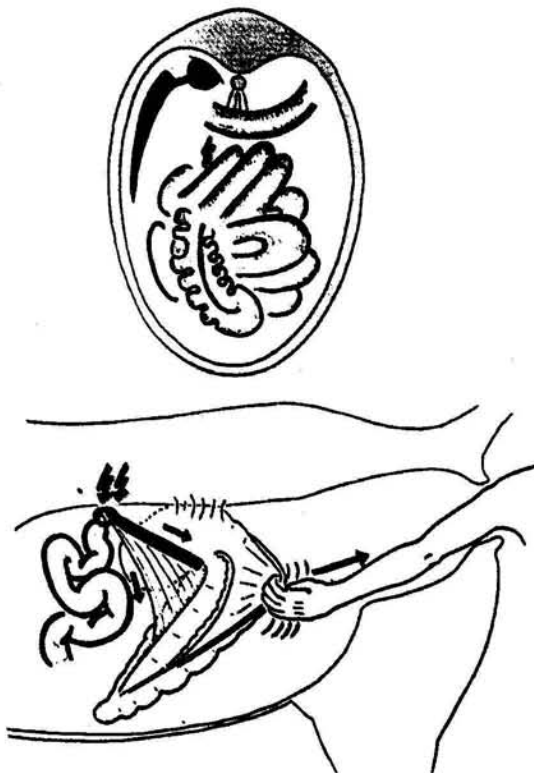
Può essere causata da gas (meteorismo) o da materiale solido (costipazione). In caso di meteorismo il cieco si dilata notevolmente, e si sposta caudalmente e in alto. In questa condizione si possono palpare

Figura 3a. Ostruzioni con strangolamento dell'intestino tenue.



Le ostruzioni del piccolo intestino sono caratterizzate dalla presenza di anse dilatate di questo viscere, poste l'una di fianco all'altra. Nei casi avanzati è possibile apprezzare la flessura caudale del duodeno particolarmente dilatata, intorno alla testa del cieco. Il grosso colon contiene materiale fecale disidratato. La palpazione delle anse strangolate, quando raggiungibili, o del mesentere dell'intestino tenue dilatato, evoca la risposta algica del soggetto.

Figura 3 b. Ernia del forame epiploico.



Per verificare l'esistenza di un'ernia del forame epiploico, Huskamp [4, 7] suggerisce un test specifico, che consiste nell'applicare trazione sulla tenia ventrale del cieco. Questa prova causa di riflesso una trazione in direzione caudale dell'ileo, che provoca la risposta algica del soggetto.

le tenie ventrale e mediale del cieco particolarmente tese, e la prima, partendo da una posizione dorsale immediatamente a destra e davanti al bacino, si porta in direzione obliqua verso il quadrante ventrale sinistro. In caso di costipazione del cieco, tale visceri si sposta più avanti e in basso all'interno della cavità addominale, a causa del suo peso. Alla palpazione esso si presenta pieno di materiale solido di varia consistenza, ed è possibile apprezzarne solo la tenia ventrale (fig. 5a).

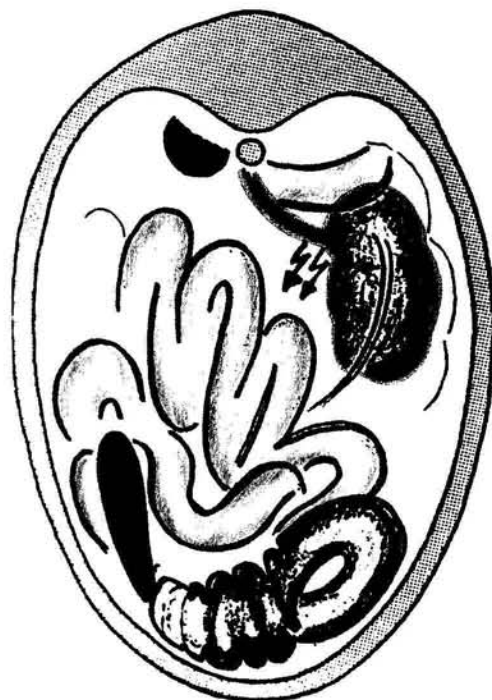
A volte può essere presente una costipazione della parte anteriore della testa del cieco, palpabile solo spingendo molto in avanti la mano nei cavalli di taglia medio-piccola. In tali casi si può apprezzare una massa rotondeggiante, che può essere spostata in direzione trasversale. Può essere presente o meno una ipertrofia muscolare del visceri (fig. 5b).

Costipazioni del colon ascendente

La costipazione del colon ventrale di sinistra è senza dubbio la condizione più facilmente diagnosticabile, ed è caratterizzata dalla presenza di questo tratto di intestino, riconoscibile per la presenza delle tenie caratteristiche, più o meno teso, pieno di materiale fecale che può presentare diverse consistenze, a seconda della sua composizione, e del tempo di persistenza della patologia.

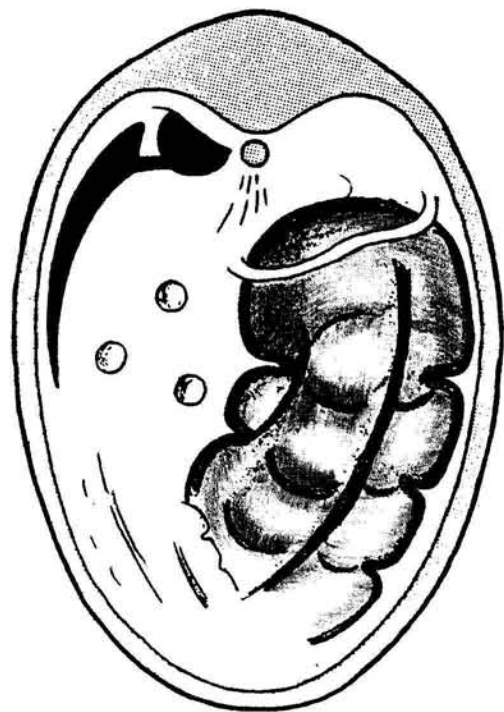
La flessura pelvica può spesso invadere in tale condizione il bacino. È possibile sempre seguire con la

Figura 4. Invaginamento ileocecale.



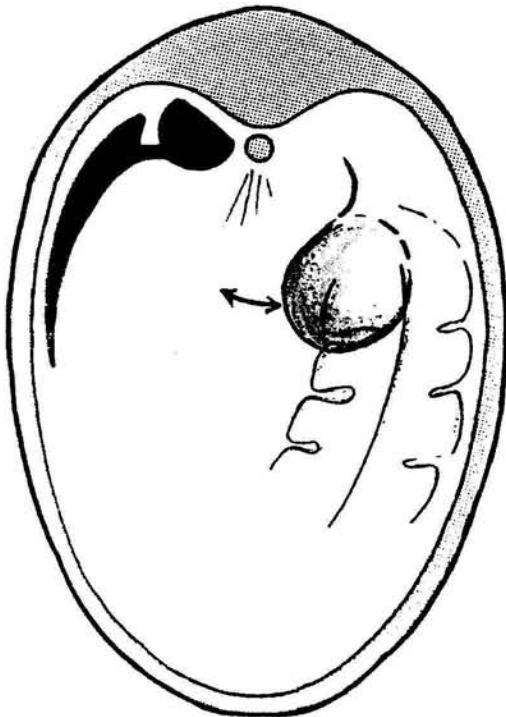
Si apprezza nella regione dorsale destra una formazione priva di limiti ben definiti, fissata sul margine dorsomediale, che può essere spostata in direzione trasversale e sagittale. La palpazione evoca una risposta algica. È presente un quadro generale da ostruzione dell'intestino tenue.

Figura 5a. Dilatazione del cieco.



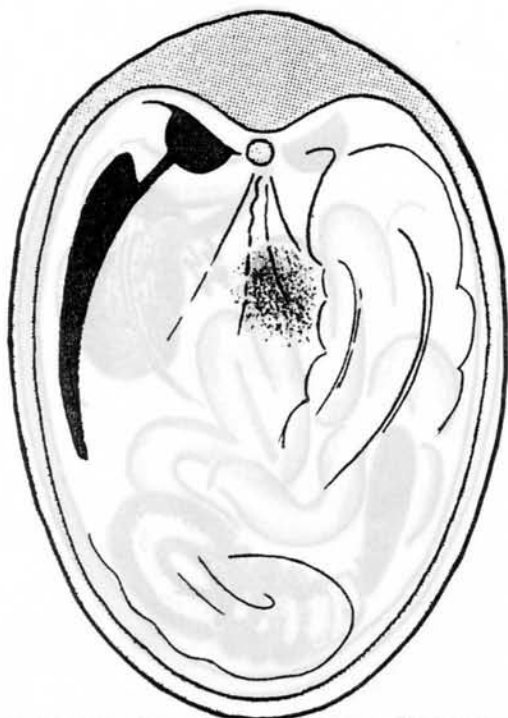
Può essere causata da materiale solido, liquido o gas. Il cieco disteso è facilmente riconoscibile, ed è caratteristica la tenia ventrale del visceri posta in direzione obliqua da dorsalmente a destra a ventralmente a sinistra.

Figura 5b. Costipazione della parte anteriore della testa del cieco.



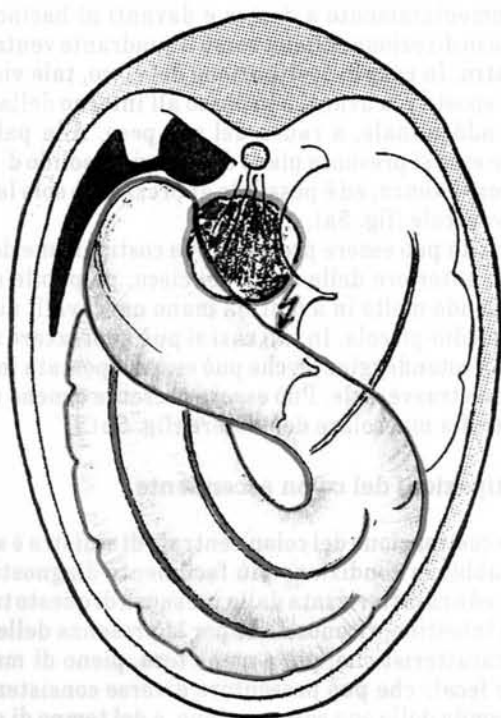
Si riesce a palpare bene solo in soggetti di non grossa taglia, e si presenta come una massa rotondeggiante che può essere spostata in direzione trasversale.

Figura 6. Costipazione del colon trasverso.



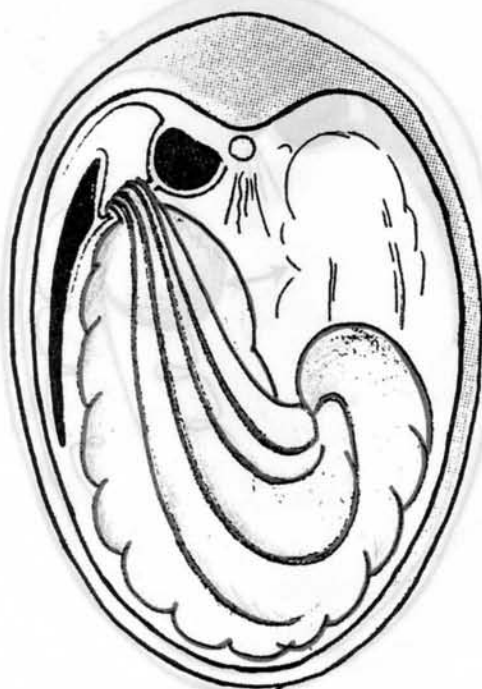
Questa costipazione del grosso colon si può palpare solo nei cavalli di piccola taglia, dove si localizza con la punta delle dita una formazione che per dimensioni e margini, ricorda un pallone da calcio.

Figura 7. Ostruzione del colon ascendente da enteroliti.



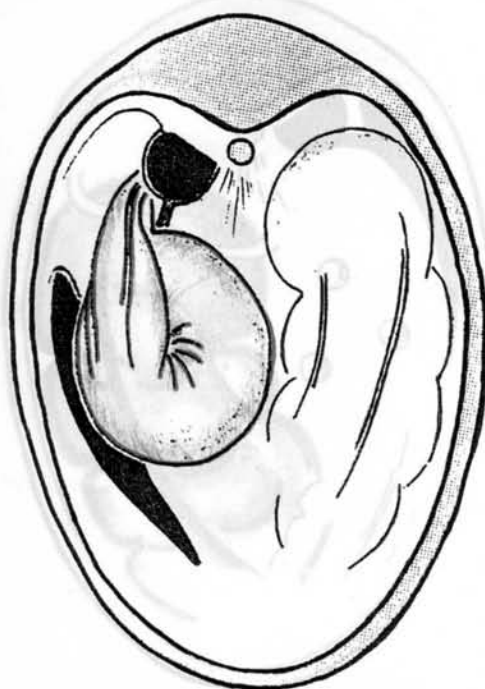
L'enterolita si localizza solitamente all'interno del colon trasverso, e per questo motivo non è sempre possibile palparlo. È sempre presente un meteorismo prestenotico del cieco e del grosso colon, che può divenire anche imponente.

Figura 8a. Dislocazione dorsale sinistra del colon ascendente.



È caratteristica la presenza delle tenie del colon ascendente di sinistra sospese in direzione diagonale, che convergono verso un punto non fisiologico, posto in posizione dorsale sinistra. Palpando il polo caudale del rene sinistro e spostandosi verso sinistra, si può apprezzare l'inizio del legamento nefrosplenico. Seguendo questa struttura, si può verificare che esso incrocia le tenie del grosso colon, passando al di sotto di esse. La milza può essere in posizione normale, spostata ventralmente in vario grado, o nascosta dalle porzioni timpaniche del grosso colon dislocato.

Figura 8b. Dislocazione della flessura pelvica al di sopra del legamento nefrosplenico.



mano il colon ventrale costipato, assicurandosi così del suo corretto posizionamento all'interno della cavità addominale.

Più difficile è la palpazione delle costipazioni della dilatazione gastriforme del colon ascendente di destra. Tale condizione può essere apprezzata solo in soggetti di piccole dimensioni, nei quali è possibile percepire una formazione di dimensioni simili a quelle di un pallone da calcio, raggiungibile solo con la punta delle dita, posta dietro al mesentere craniale (fig. 6).

Ultima forma di ostruzione semplice del colon ascendente, è quella causata da enteroliti. Queste formazioni si localizzano quasi sempre nella dilatazione gastriforme del colon ascendente, dove causano un'ostruzione totale del lume. Il corpo estraneo non è sempre raggiungibile durante l'esame, mentre è presente un forte timpanismo prestenotico del grosso colon e del cieco (fig. 7).

Dislocazione dorsale sinistra del colon ascendente

Questa patologia consiste nella dislocazione del colon ascendente di sinistra al di sopra del legamento nefrosplenico. La dislocazione può coinvolgere il colon ascendente di sinistra per intero (fig. 8a), così co-

me può interessare la sola flessura pelvica (fig. 8b). Ho potuto personalmente riscontrare come, tale ectopia, insieme con la dislocazione dorsale destra dello stesso viscere, accompagni frequentemente patologie del piccolo intestino, soprattutto le costipazioni dell'Ileo, probabilmente a causa delle alterazioni che esse provocano a carico del contenuto normale del colon ascendente.

In esplorazione rettale si può apprezzare il grosso colon all'interno dello spazio nefrosplenico, e si possono seguire con la mano le tenie del colon ventrale che si dirigono in modo caratteristico dal legamento nefrosplenico al quadrante ventrale destro della cavità addominale con direzione obliqua. Nei rari casi in cui questa patologia causa un'ostruzione completa del transito intestinale, essa è ancor meglio riconoscibile in quanto caratterizzata dalla presenza del colon dorsale sinistro costipato, identificabile per l'assenza delle tenie, e del colon ventrale sinistro meteorico, entrambi che si dirigono e terminano al di sopra dello spazio nefrosplenico. Quest'ultima condizione può essere accompagnata da una torsione del colon di 180°, causata dall'eccessivo appesantirsi del colon dorsale, e dal contemporaneo accumulo di gas all'interno del colon ventrale. Mentre questo grado di torsione è facilmente individuabile, maggiori problemi presenta quello di 360°. In questo caso il colon può sembrare in posizione normale (il ventrale sotto e il dorsale sopra), e se non esiste ancora un grave edema della parete, si può pensare che la distensione del viscere sia causata dalla sola dislocazione. Questo è un tipico caso in cui si esalta la necessità di interpretare i reperti ottenuti in esplorazione rettale, facendo riferimento ai risultati dell'esame clinico.

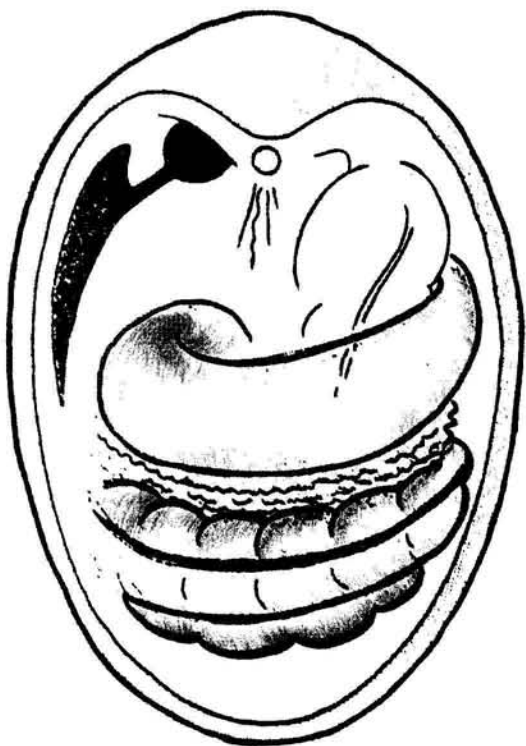
In esplorazione rettale può a volte essere percepibile anche solo la flessura pelvica al di sopra del legamento nefrosplenico, o l'intero colon ascendente di sinistra posto tra la milza e la parete addominale, nel corso di dislocazioni parziali, o durante la risoluzione delle dislocazioni totali.

La milza in questa patologia può assumere diverse posizioni causate dalla trazione dell'intestino sul legamento nefrosplenico. Essa si può palpare in posizione normale, così come spostata medialmente, o spostata verso il basso di vari gradi, fino a trovarsi adagiata sul pavimento della cavità addominale.

Dislocazione dorsale destra del colon ascendente

È possibile palpare il colon ascendente in posizione trasversale all'interno della cavità addominale, davanti al bacino, leggermente più disteso del normale, che si porta verso destra fino a passare tra il cieco e la parete della cavità addominale [3]. Di quest'ultimo viscere, in presenza di tale patologia, è possibile palpare solo la testa, e l'estremità dorsale tesa della tenia ventrale, mentre non è apprezzabile la tenia mediale. È solitamente possibile palpare anche il colon dorsale, unito al ventrale dal mesocolon, mentre non è sempre possibile localizzare la flessura pelvica (fig. 9).

Figura 9. Dislocazione dorsale destra del colon ascendente.



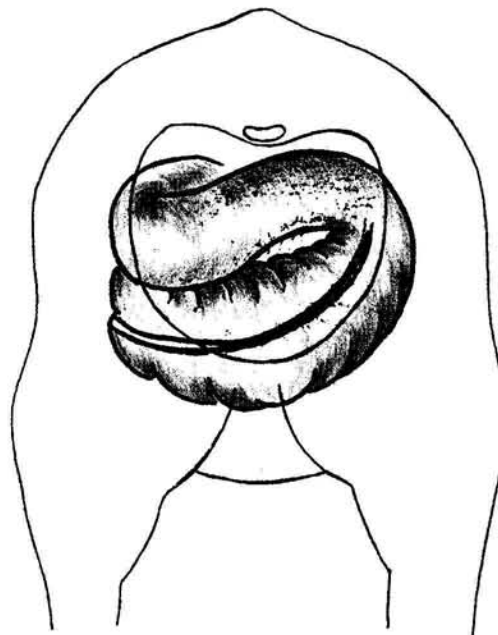
Il grosso colon circonda il cieco meteorico, passando a destra tra il cieco stesso e la parete addominale. È possibile palpare in posizione trasversale davanti al bacino il colon dorsale e quello ventrale, separati dal mesocolon; la flessura pelvica non è sempre palpabile. Del cieco è possibile palpare solo la testa e la parte più alta della tenia ventrale tesa.

Figura 10a. Torsione di 180° del grosso colon.



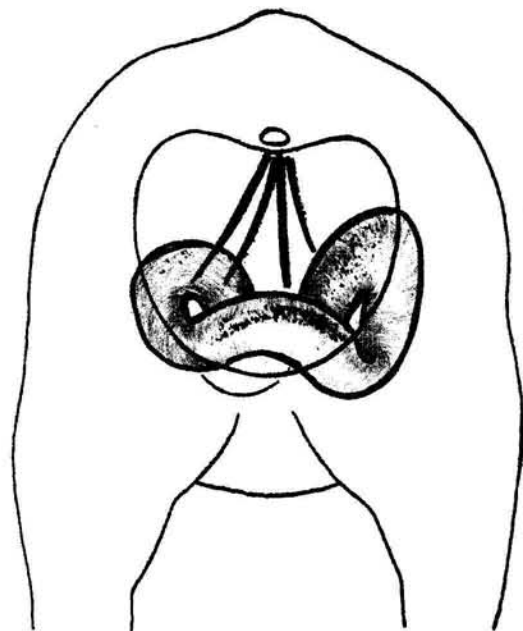
Le torsioni del colon ascendente sono caratterizzate da un meteorismo più o meno accentuato di questo viscere. È possibile palpare il colon ventrale di sinistra posto dorsalmente al colon dorsale, le cui tenie e sacculazioni divengono ben evidenti. Il colon dilatato non può essere spostato, e in alcuni casi è posizionato in direzione trasversale e la flessura pelvica può trovarsi a destra o dislocata cranialmente. È sempre presente un meteorismo prestenotico del cieco. È possibile a volte repertare anche alcune anse distese del piccolo intestino.

Figura 10b. Torsione di 360° del grosso colon.



In tali casi il timpanismo della parte strangolata può rivelarsi così grave da impedire la palpazione delle strutture più profonde della cavità addominale, non permettendo l'introduzione completa del braccio nel retto. La parete del viscere e il mesocolon si presentano edematosi.

Figura 11. Costipazione o volvolo del piccolo colon.



Nei casi di costipazione o volvolo del piccolo colon, la palpazione profonda non è possibile a causa della tensione del mesentere caudale. Solo l'avambraccio può essere inserito nel retto, e si palpano le anse dilatate del piccolo colon. In questi casi il mesentere caudale e la sua radice possono essere palpati a loro volta. Questo è un reperto presente solo in tale patologia.

Figura 12. Ostruzione del piccolo colon da corpo estraneo.



Il corpo cusante l'occlusione si trova solitamente sul pavimento della cavità addominale, e può essere stabilita la sua localizzazione nel piccolo colon grazie alla presenza della tenia antimesenterica di tale viscere. È solitamente presente un meteorismo più o meno accentuato del tratto prestenotico.

Torsione del colon ascendente

La torsione del grosso colon può essere di vari gradi. Nelle torsioni di 180° è possibile apprezzare il colon ascendente ventrale di sinistra in posizione dorsale mediamente disteso, con al di sotto in colon dorsale; la flessura pelvica può presentarsi meteorica. Non sempre è possibile palpare il punto di torsione, ma quando ciò è possibile, esso è facilmente riconoscibile grazie alla direzione dorsoventrale che assumono le tenie del colon ventrale sinistro (fig. 10a).

Le torsioni di 360° sono caratterizzate dalla presenza del colon ascendente di sinistra posto trasversalmente o perpendicolarmente al bacino, estremamente meteorico, che nei casi avanzati può invadere la pelvi, impedendo a volte la completa introduzione del braccio nel retto (fig. 10b).

Ostruzioni del colon discendente

Possono essere causate da costipazioni, volvoli o corpi estranei. In presenza di queste patologie non è possibile effettuare una palpazione profonda, in quanto il braccio non può essere spinto oltre le anse dilatate del piccolo colon, riconoscibili grazie alla presenza della tenia antimesenterica, e il loro mesentere [5, 8]. È segno patognomonico di tale patologia la presenza della radice caudale del mesentere tesa e ben identificabile, cosa possibile solo in presenza di patologie interessanti il colon discendente (fig. 11 e 12).

Rottura di un viscere

Nell'esplorazione rettale di un cavallo con la rottura di un viscere, è segno caratteristico percepire la presenza di una grossa quantità di liquido all'interno della cavità addominale. Le pareti del retto tendono ad aderire in modo elastico al braccio e alla mano, a causa della presenza di gas in cavità addominale, che causa una sensazione di "vuoto", rendendo difficile la palpazione dei visceri; il peritoneo si presenta ruvido e rugoso. Con la rottura dello stomaco è possibile sentire particelle di cibo disseminate sul peritoneo e sui visceri, cosa che invece non si riscontra sempre in caso di rottura del cieco, secondaria alla costipazione di tale viscere.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Bonfig H. Examination of the horse with colic. Vet. Clin. North Am. (Large Animal Practice), 1988, vol. 4, n. 1, pp. 1-15.
- 2- Huskamp B. L'addome acuto nel cavallo adulto. Atti del 5° Corso SCIVAC di Ippologia: Medicina d'urgenza nel cavallo, 1994, pp. 111-126.
- 3- Huskamp B. Displacement of the large colon. In: Robinson E.: Current Therapy in Equine Medicine 2. WB Saunders, Philadelphia, 1987, pp. 60-65.

4- Huskamp B., Daniels H., Kopf N. Diseases of the stomach and intestine. In: Dietz O., Wiesner E.: Diseases of the horse. S. Karger, Basilea, 1984, pp. 164-256.

5- Huskamp B., Kopf N. Die rektale untersuchung beim kolikpferd. Opuscula Veterinaria, wak, Monaco, 1995.

6- Kopf N. Rectal findings in horse with Intestinal Obstruction. Proc. 1st Colic Research Symposium, University of Georgia, 1982, pp. 236.

7- Kopf N. Rectal examination of the colic patient. In: Robinson E., Current Therapy in Equine Medicine 2. WB Saunders, Philadelphia, 1987, pp. 23-27.

8- Kopf N., Huskamp B. Die rektale untersuchung beim kolikpferd. Der Praktische Tierarzt, 1978, vol. 4, pp. 259-268.

9- Moretti B. Le coliche del cavallo. Società Editrice Esculapio, Bologna, 1983.

10- White N.A. Determining the diagnosis and prognosis of the acute abdomen. In: White NA: The Equine Acute Abdomen. Lea and Febiger, Philadelphia, 1990, pp. 101.

11- Wilson J., Gordon B. Equine colic: interpreting the diagnostic tests. Vet. Med., giugno 1987, pp. 629-645.

RIASSUNTO

L'esplorazione rettale è sicuramente una pratica che richiede una buona esperienza, una discreta sensibilità e un'ottima conoscenza dell'anatomia normale dell'intestino del cavallo, per fornire all'esaminatore indizi validi ai fini diagnostici. Il clinico ha a disposizione in questo modo un mezzo fondamentale per la diagnosi precoce della patologia in corso, di vitale importanza quando il soggetto richiede una terapia chirurgica. Si evita così infatti di destinare alla laparotomia soggetti in condizioni fisiche tali, da rendere vano ogni sforzo del chirurgo, poichè molto spesso non sono in grado di superare l'intervento, e anche quando ciò accade, vanno incontro a gravi problemi nel periodo postoperatorio.

Parole chiave: cavallo, colica, esplorazione rettale, diagnosi.

SUMMARY

Rectal examination in the horse affected with colic
The clinician needs a good experience, good sensibility and knowledge of the normal anatomy of the horse's intestine to have right therapeutic indications during the rectal examination. The veterinary, once reached these goals, has a basic diagnostic tool to reach an early diagnosis. The clinician needs to reach the right diagnosis as soon as possible to improve survival chances of the horse who needs in case surgical therapy.

Key words: horse, colic, rectal examination, diagnosis.