

ΔΙΑΜ. ΚΑΣΙΟΥΜΗΣ

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 1990



BBA CB-K-
TANET IT-M CY QANNON
026000034014

7/96



617
KAZ



ΔΙΑΜ. ΚΑΣΙΟΥΜΗΣ

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ

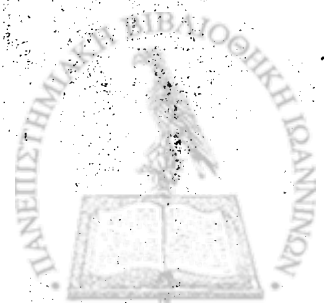
ΙΩΑΝΝΙΝΑ 1990



98
7/96

31
4

7/96



Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 .

-> Θερμό άπόστημα	1
-> Δοθιήνας	3
-> Ψευδάνθρακας	5
-> Διάχυτος φλέγμων	7
-> Τέτανος	9
'Αεριογόνος γάγγραινα	12
Σηψαιμία	16

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .

Αιμορραγίες	23
'Αρτηριακή	23
Φλεβική	26
'Εσωτερική αιμορραγία	27
Τραυματικό choc	30
'Εγκαύματα	39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 .

Νάρκωση - Γενική αναισθησία	47
'Αναπνευστική-Καρδιακή ανάνηψη	51

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 .

'Ισολογισμός ύδατος-ήλεκτρολυτών	61
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 .

-> Θυρεοειδής αδένας	71
Γενική σημειολογία	72
Σημειολογία διαφόρων παθήσεων	75

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 .

Τραυματισμοί θώρακα	81
---------------------------	----



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 .

Σημειολογία παθήσεων του μαστού	97
Καρκίνος μαστού	105

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 .

Περιφερικές αγγειοπάθειες	113
Σημειολογία περιφερικῶν ἀρτηριῶν	114
Κλινική ἐξέταση ἀρτηριακοῦ συστήματος	116
Ἀκτινολογική διερεύνηση	120

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 .

Ἀρτηριακά ἀνευρύσματα	123
Ἀρτηριο-φλεβικά ἀνευρύσματα	126
Ἐκφυλιστική ἀρτηρίτιδα κάτω ἀκρῶν	129
Θρομβοαγγείωση	133

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 .

Ἀρτηριακή ἐμβολή	135
Θρομβοφλεβίτιδες - Κιρσοί	137

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 .

Σημειολογία παθήσεων οἰσοφάγου	151
Σύνδρομο Mallory - Weiss	151
Αὐτόματες ρήξεις οἰσοφάγου	151
Ξένα σώματα οἰσοφάγου	153
Χημικά ἐγκαύματα	155
Τραυματικές βλάβες. Ὁξεία μεσοθωρακίτιδα	157
Δυσκινησίες - Δυστονίες οἰσοφάγου	158
Μεγα - οἰσοφάγος	160
Ἐκκολπώματα οἰσοφάγου	163
Κήλες οἰσοφαγικοῦ τμήματος	168
Καρδιο - οἰσοφαγικές δυστοπίες	181
Βραχυ-οἰσοφάγος - Ἐνδο-βραχυ-οἰσοφάγος	181
Ὅγκοι οἰσοφάγου	182
Ἐλκη οἰσοφάγου	187



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12 .

Διαφραγματοκήλες	189
Κήλη Bochdalek	190
Χάλαση διαφράγματος	191
Κλειστές τραυματικές ρήξεις	193

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13 .

Γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος	197
Έπιπλοκές	203
Χρόνιες έπιπλοκές	207
Καρκίνος στομάχου	208
Πυλωρική στένωση	213

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14 .

Όξεία γενικευμένη περιτονίτιδα	215
Όξείες έντοπισμένες περιτονίτιδες	218

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15 .

Σημειολογία ήπατος	221
Άκτινολογική διερεύνηση	226
Λαπαροσκόπηση	229
Παρακέντηση - Βιοψία ήπατος	229
Βιολογική διερεύνηση	230
Όγκοι του ήπατος	232
Πρωτοπαθής καρκίνος	233

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16 .

Σημειολογία χοληφόρων όδών	237
Άκτινολογική εξέταση	243
Χρόνια λιθιασική χολοκυστίτιδα	244
Όξεία χολοκυστίτιδα	247
Λιθίαση χοληδόχου πόρου	251
Καρκίνος χοληφόρων όδών	255



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 17 .

Σημειολογία του σπλήνα	259
Τραυματική ρήξη	263

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 18 .

Σημειολογία παγκρέατος	267
Παρακλινικές έξετάσεις	275
Καρκίνος κεφαλής παγκρέατος	279
Παγκρεατικοί όγκοι	283
Ψευδοκύστεις παγκρέατος	285
Όξεία παγκρεατίτιδα	287

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 19 .

Σημειολογία λεπτού έντέρου	293
Άκτινολογική μελέτη	294
Έντερομεσεντερικό έμφρακτο	295
Συστροφή λεπτού έντέρου	296
Όγκοι λεπτού έντέρου	299
Καρκινοειδής έντέρου	301
Νόσος του Crohn	302

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 20 .

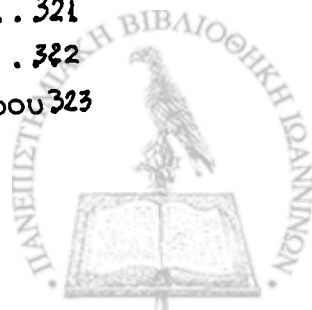
Έντερική απόφραξη	304
Άποφρακτικό σύνδρομο	304

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 21 .

Σημειολογία όξείας σκληροειδίτιδας ...	311
--	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 22 .

Σημειολογία παχέος έντέρου	315
Γενικά σημεία	316
Άκτινολογικός έλεγχος	319
Παρακλινικές έξετάσεις	321
Καρκίνος δεξιού ήμισους παχέος έντέρου ..	322
Καρκίνος άριστερου ήμισους παχέος έντέρου	323



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 23 .

Σημειολογία παθήσεων όρθου	327
Καρκίνος όρθου	330
Καρκίνος όρθοσιγμοειδούς	331
Καρκίνος πρωκτού	332
Καλοήθεις όγκοι όρθου	334
Έλκοαιμορραγική όρθοκολίτιδα	335
Αιμορροΐδες	339
Περιεδρικά συρίγγια	341
Ραγάδα δακτυλίου	342

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 24 .

Σημειολογία κηλών	345
Άπλή κήλη	347
Έπιπλεγμένη κήλη	352
Βουβωνοκήλη	356
Μηροκήλη	357
Όμφαλοκήλη	360



Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι

1. Θ Ε Ρ Μ Ο Α Π Ο Σ Τ Η Μ Α

Θερμό απόστημα χαρακτηρίζεται κάθε όξεία πυώδης συλλογή, περιορισμένη, πού αναπτύσσεται σέ μή προϋπάρχουσα αλλά νεοσχηματιζόμενη κοιλότητα, καί πού χαρακτηρίζεται από τά τοπικά κλινικά σημεία όξείας φλεγμονής: Διόγκωση, Έρυθρότητα, Θερμότητα, Πόνος, Τό θερμό απόστημα δέν έχει καμιά σχέση μέ τίς πυώδεις συλλογές πού αναπτύσσονται σέ προϋπάρχουσα κοιλότητα (ύπεζωκοτική, άρθρική κ.λ.π.). Ό σπητικός ένοφθαλμισμός (έίσοδος μικροβίων) κάτω από τό δέρμα είναι ή πιό συνηθισμένη αίτία θερμού απόστηματος. Άπλό παράδειγμα είναι ή ένδομυϊκή ή ύποδόρια ένεση, όταν έκτελείται χωρίς τίς φροντίδες τής άσηψίας. Οι μολύνσεις αυτές έντοπίζονται συνήθως στό γλουτό καί καμιά φορά στή λεκάνη. Ό παθογόνος μικροοργανισμός πού συχνά ένοχοποιείται είναι, χρυσίζων σταφυλόκκοκος.

Άσυνήθιστα είναι τά θερμά απόστήματα πού προκαλούνται από τή χορήγηση, μέ ένδομυϊκή ένεση, φαρμάκων έρεθιστικών. Στίς περιπτώσεις όμως αυτές τό απόστημα είναι στείρο μικροβίων.

Κ Λ Ι Ν Ι Κ Α Σ Η Μ Ε Ι Α

Μερικές ήμέρες μετά από μιά ένεση, πού έγινε κάτω από σπητικές συνθήκες, αναπτύσσεται περίγραπτη φλεγμονή, πού τοπικώς χαρακτηρίζεται από: Διόγκωση, Έρυθρότητα, αύξημένη θερμότητα καί πόνος. Η διόγκωση αυτή, μέ όρια άσαφή, είναι σκληρή στό κέντρο της καί οίδηματώδης στήν περιφέρειά της.

Τά γενικά σημεία είναι πιό έκδηλα: πυρετός 38^ο- 39^ο C, κεφαλαλγία, αίσθημα γενικής κακουχίας.

Σέ δυό ως τρείς ήμέρες αναφαίνεται ή απόστηματοποίηση.

Τά τοπικά σημεία τροποποιούνται: ή ήπια ψηλάφηση στό κέντρο τής συμφορητικής διόγκωσης, άποκαλύπτει μιά ζώνη έξαιρετικά έπώδυνη, καί έλαφρώς μαλακή, συμπιέσιμη. Ταχέως αναφαίνεται τό παθογνωμονικό σημείο τής πυώδους συλλογής, ο κ λ ε ι δ α σ μ ό ς. Τά δάκτυλα, πού πιέζουν έλαφρά σέ



Ένα κεντρικό σημείο της διόγκωσης, άνασηκώνονται από τό πυώδες περιεχόμενο πού μετακινείται στο έσωτερικό του άποστήματος, ύστερα από άπότομη πίεση πού προκαλούν τά δάκτυλα του άλλου χεριού σέ ένα άλλο διαφορετικό σημείο της διόγκωσης. Ό πόνος ν υ γ μ ώ δ η ς, γίνεται σ φ υ γ μ ώ δ η ς, "χτυπάει", προκαλώντας άύπνια, σημείο χαρακτηριστικό της συλλογής πύου. Τά γενικά σημεία επίσης έξελίσσονται. Ή θερμοκρασία είναι ύψηλή μέ διακυμάνσεις. Ό τύπος του αίματος δείχνει λευκοκυττάρωση μέ πολυμορφοπυρήνωση ούδετερόφιλη.

Χωρίς χειρουργική κένωση, ή έξέλιξη του άποστήματος οδηγεί στην αυτόματη διάνοιξη του στο ύπερκείμενο δέρμα, άν είναι επιφανειακό, όποτε σχηματίζεται συρίγγιο πού παροχετεύει τό άπόστημα πλημμελώς. Ήν τό άπόστημα είναι στο βάθος, επινέμεται τά μεσομύια γειτονικά διαστήματα, άναπτύσσοντας άπομακρυσμένες έστίες. Ή παράταση αυτής της τοπικής διαπύησης έκθέτει στον κίνδυνο της σηψαιμίας.

Κ Λ Ι Ν Ι Κ Ε Σ Μ Ο Ρ Φ Ε Σ

Όλα τά θερμά άποστήματα δέν ανταποκρίνονται άκριβώς στην παραπάνω σχηματική έκθεση. Ήδρά όμως μπορεί νά διακριθούν έπιπρόσθετα οι μορφές:

1. Ήπόστημα μέ βαθιά έντόπιση, πού μπορεί νά δυσκολεύει τήν άνεύρεση κλειδασιού, όταν μάλιστα καλύπτεται από ύπερκείμενη άπονεύρωση ή ίνώδη κάψα, πού έχει ήδη σχηματιστεί. Σφύζοντα άλγη, μαζί μέ γενικά σημεία βαθιάς διαπύησης, δηλαδή: θερμοκρασίας ύψηλης, πολυμορφοπυρήνωσης και λευκοκυττάρωσης, όφείλουν νά επιβάλλουν τή διάγνωση πυώδους συλλογής και στή συνέχεια τή χειρουργική κένωσή της.

2. Ήπόστημα σηπτικό, πού περιέχει πύον και άέρια και όπου ή στρεπτοκοκκική συνήθως μόλυνση συνοδεύεται μέ άναερόβια μικρόβια. Είναι πολύ συχνά δευτεροπαθές σέ μία λοίμωξη του στόματος και τών φατνίων ή της περιπροκτικής περιοχής.

3. Ήπόστημα φαρμακευτικής προέλευσης πού είναι συχνό, κι όπου ή πλημμελής άσηψία παρεμβάλλεται πάντοτε στην έκτέλεση της ένδομυϊκής ή ύποδόριας ένέσεως.

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Ή μόνη λογική θεραπεία του θερμού άποστήματος, όταν



μάλιστα ο κλειδασμός του είναι εκδηλος, είναι η χειρουργική διάνοιξη και η έπαρκής παροχέτευση. Με γενική αναισθησία διανοίγεται τό απόστημα στό σημείο πού έχει τόν πιό έντονο κλειδασμό. Με τό δείκτη διασπώνται τά διαφραγμάτια τής αποστηματικής κοιλότητας και έτσι αυτή γίνεται ένιαία. Κενώνεται έπιμελώς από τό πυώδες περιεχόμενό της, υποκίτρινου ή πρασινοκίτρινου χρώματος, πού δέ μυρίζει, εκτός από τήν περίπτωση όπου ο μικροβιακός παράγων είναι κολοβακτηρίδιο. Μιά μικρή ποσότητα του πυώδους υγρού αποστέλλεται στό έργαστήριο για τόν προσδιορισμό των ένοχοποιουμένων μικροβίων και τήν εκτέλεση αντιβιογράμματος, ακόμα κι όταν στό στάδιο αυτό δέν έχουν χορηγηθεί θεραπευτικώς αντιβιοτικά.

Η καλή και έπαρκής παροχέτευση τής αποστηματικής κοιλότητας είναι ουσιώδης για τήν έπούλωσή της, πού πρέπει να αρχίσει από τό βάθος προς τήν έπιφάνεια.

Τά τοπικά και γενικά φαινόμενα γρήγορα υποχωρούν με τήν προϋπόθεση πάντοτε ότι η διάνοιξη του απόστηματος και η παροχέτευση υπήρξαν ικανοποιητικές.

2. Δ Ο Θ Ι Η Ν Α Σ

Πρόκειται για φλεγμονή περίγραπτη του δέρματος, πού οφείλεται πολύ συχνά στό χρυσίζοντα σταφυλόκοκο κι αναπτύσσεται στό θύλακο τής τρίχας. Προκαλεί διαπύηση και σφάκελο του σημείου αυτού και του γύρω δέρματος και όπου όλα τελικά διαμορφώνονται σε μία υποκίτρινη μάζα, πού καλεΐται κοινώς "καλόγερος ή τσιρίτσα".

Η κλινική έναρξη χαρακτηρίζεται από μικρά λειτουργικά σημεία: νυγμώδη α λ γ η, κ ν η σ μ ό, αΐσθημα τ ο π ι κ ο ύ κ α ύ σ ο υ, στό σημείο όπου η ανάπτυξη του δοθιήνα. Σε μερικές ώρες φαίνεται μία μικρή διόγκωση έρυθρή, κωνική, στό κέντρο τής οποίας υπάρχει η τρίχα. Εύθως αυτή αύξάνει σε βγχο, μετασχηματίζεται σε πιό κωνική διόγκωση, έ ρ υ θ ρ ή, θ ε ρ μ ή, έ π ώ δ υ ν η, σ κ λ η ρ ή, τ ε τ α μ έ ν η. Ο αυτόματος πόνος είναι δυνατός, νυγμώδης.

Σε τέσσερες ως πέντε ημέρες η κορυφή τής διόγκωσης ρυ-



τιδώνεται, γίνεται υποκίτρινη, διανοίγεται αυτόματα και αφήνει νά ρέει πύο. Στο βάθος της βλάβης μπορεί νά αναφανεί νηματοειδές πύο, σά μακαρόνι, μάζα κιτρινοπράσινη. Δύο ως τρεις μέρες αργότερα αυτή μπορεί νά εξαφανισθεί. Από κεϊ και πέρα ή ίαση γίνεται πολύ γρήγορα πρὸς τήν ούλοποίηση, σέ δέκα περίπου ἡμέρες, αφήνοντας μιὰ υπόλευκη ούλή αστεροειδή, άνεξίτηλη. Ἐπομένως πρόκειται γιά καλοήθη μόλυνση, πού ἐξελλίσσεται μέ κυκλικό τρόπο πρὸς τήν ίαση, χωρίς προσβολή τῆς γενικῆς κατάστασης.

Οἱ κλινικές μορφές τοῦ δοθιήνα εἶναι πολυάριθμες.

ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ

Ὁ ἐκ τρωτικός δοθιήνας, πού ὑποστρέφει εὐθύς μετά τή φάση, ὅπου ἡ βλάβη ἔχει φθάσει στό σημεῖο τῆς μικρῆς ἐρυθρῆς διόγκωσης, καταλείποντας ἕνα μικρό ὄζο.

Ὁ εὐμεγέθης δοθιήνας, πού συνοδεύεται ἀπό τοπικό μεγάλο οἴδημα μέ δορυφόρο ἀδενίτιδα και γενικές ἐκδηλώσεις πού ὑποχρεώνουν τόν πάσχοντα νά κατακλιθεῖ.

Ἡ δοθιήνωσις, πού εἶναι πραγματικά χρόνια κατάσταση, ἰδιαίτερα ἐπίμονη. Κάθε δοθιήνας σ' αὐτή τή μορφή ἐξελλίσσεται κλασσικά και ἴαται στά προπεριγραφέντα χρονικά διαστήματα, ἀλλά μετά μερικές μέρες ἐμφανίζεται ἕνας ἄλλος. Ἔτσι ἕνας ἢ περισσότεροι δοθιήνες μποροῦν νά ἐξελλίσσονται ταυτόχρονα. Πρέπει σέ τέτοιες περιπτώσεις νά ἀναζητᾶται γενική προδιαθεσική αἰτία, ὅπως ἔνδοκρινικές διαταραχές, παχυσαρκία, χαλασμένα δόντια και κακή διατροφή, ἀλλά κυρίως σακχαρώδης διαβήτη.

ΕΠΙΠΕΠΛΕΓΜΕΝΕΣ ΜΟΡΦΕΣ, Αὐτές εἶναι ἀσυνήθιστες.

Τοπικές. Ὁ δοθιήνας μπορεί νά προκαλέσει θερμό περιγραπτο ἀπόστημα τοῦ γειτονικοῦ ὑποδορίου ἰστοῦ, ἀδενίτιδες τῶν ἐπιχωρίων λεμφαδένων ἢ ἀδενοφλέγμονες.

Γενικές. Ὁ δοθιήνας, μπορεί νά ἀποτελεῖ πηγή εἰσόδου και διασπορᾶς μικροβίων διά τῆς κυκλοφορίας και νά προκαλέσει: ὄξεία σταφυλοκοκκική σηψαιμία, βακτηριαιμία παροδική πού δίνει ὅμως δευτεροπαθεῖς ἔντοπίσεις, ὅπως ὁ ἀνθραξ τοῦ νεφροῦ, ὁ περινεφρικός φλέγμων, ἡ ὄξεία ὀστεομυελίτιδα κ.λ.π.

ΤΟΠΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ. Οἱ κλινικοί χαρακτήρες μερικές φορές εἶναι διαφορετικοί. Πρέπει νά συγκρατηθεῖ ὁ δοθιήνας τῆς ράχης τῆς ἄκρας χειρός ἢ τῶν πρώτων φαλάγγων τῶν δακτύλων, πού συνοδεύεται μέ σημαντικό οἴδημα. Ὁ δοθιήνας τοῦ ἔξω



αιουστικού πάρου πού είναι πολύ επώδυνος. 'Ο δοθιήνας τών βλεφάρων μέ έντονο οίδημα αύτών.

'Ιδιαίτερα τονίζεται μιά ποικιλία τοπογραφική: ο δοθιήνας του προσώπου όταν έδράζεται στό άνω χείλος ή κοντά στην μύτη και πού γειτονεύει έτσι μέ τήν προσωπική φλέβα.. Τότε ο δοθιήνας αύτός μπορεί νά έπιπλακεϊ μέ φλεβική διαστορά και νά προκαλέσει σηψαιμία έξαιρετικής βαρύτητας ή μέ θρομβοφλεβίτιδα της φλέβας αύτης, λόγω τών αναστομώσεων προσωπικής φλέβας και σηψαιμική μόλυνση.

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

'Η χορήγηση αντιβιοτικών σέ έπαρκεϊς δόσεις, όπως πενικιλίνης, είναι αποτελεσματική.

Στίς περιπτώσεις πού έπιπλέκεται μέ άποστηματοποίηση ή χειρουργική διάνοιξη και παροχέτευση είναι άπαραίτητη. Στά άρχικά στάδια ή συχνή χρησιμοποίηση υγρών θερμών έπιθεμάτων, 4 ως 5 φορές τήν ήμέρα, πολλές φορές συμβάλλει στην ύποστροφή του δοθιήνα.

3. Ψ Ε Υ Δ Α Ν Θ Ρ Α Κ Α Σ

Πρόκειται για σοβαρή σταφυλοκοκκική φλεγμονή του θυλάκου της τρίχας. 'Ο ψευδάνθρακας χαρακτηρίζεται από τήν ταυτόχρονη εξέλιξη πολλών συρρεόντων δοθιήνων. Συνήθως υποδηλώνει κακή γενική κατάσταση κι όπου έπιβάλλεται περισσότερο από άλλου ή προσεκτική αναζήτηση σακχαρώδη διαβήτη.

ΠΕΡΙΓΕΡΑΜΜΕΝΟΣ ΨΕΥΔΑΝΘΡΑΚΑΣ. Είναι ή πιο συνηθισμένη μορφή. 'Η έναρξη χαρακτηρίζεται, όπως και του δοθιήνα, από αίσθηση τοπικής θερμότητας κι επώδυνης τάσης. 'Αλλά ή άρχική έστία έκτείνεται και δίνει θέση ταχέως σέ μιά "πλάκα" έ ρ υ θ ρ ή, με λ α ν έ ρ υ θ ρ η, έ π ε ι ρ μ έ ν η, ύ π ό σ κ λ η ρ η και έξαιρετικά κακώς άφοριζόμενη. 'Η τοπική θερμότητα είναι αύξημένη. Τά γενικά σημεία είναι έκδηλα: κ ε φ α λ α λ γ ί α, π υ ρ ε τ ό ς, τ α χ υ κ α ρ δ ί α, ακόμα και ό λ ι γ ο υ ρ ί α. Τά ν υ γ μ ώ δ η α λ γ η είναι έντονα σέ κάθε κίνηση και πού κάθε προσπάθεια ψηλάφησης τά έπιδεινώνει.

'Η τοπική δψη τροποποιείται, και ή φλεγμονώδης "πλάκα" καλύπτεται από κρατήρες δοθιήνων πού βρίσκονται σέ ποικίλο



έξελικτικό στάδιο. Έτσι όρισμένοι από αυτούς βρίσκονται στο στάδιο τής διόγκωσης κι άλλοι στο στάδιο τής αυτόματης διάνοιξης, όπου διαφαίνεται ό πυώδης μίσχος. Οι κρατήρες αυτοί εξέλισσονται σε νέκρωση του παρεμβαλλόμενου, μεταξύ τους, σαν γέφυρας, δέρματος μέ τό όποίο διαχωρίζονται. Τελικά αναπτύσσεται έκδηλη κι έντονη διαπύηση, πού δέν μπορεί νά κενωθεί παρά ^{μέσα} τήν άφαίρεση τών σφακελωμένων ιστών, όποτε ύποχωροϋν τά τοπικά καί γενικά σημεΐα. Στή συνέχεια άρχίζει ή φάση τής έπούλωσης, πού είναι τόσο μακρότερη όσο ή έσχαροποίηση μεγάλη. Τελικά καταλείπεται ο ύ λ ή ά ν ώ μ α - λ η, δ ύ σ μ ο ρ φ η, συμφυόμενη μέ τά ύποκείμενα, καί πού καμιά φορά είναι άρκετά ένοχλητική

ΕΠΙΠΕΠΛΕΓΜΕΝΟΣ ΨΕΥΔΑΝΘΡΑΚΑΣ. Σ' αυτόν περιλαμβάνονται οι ακόλουθες βασικές μορφές.

1. Ο δ ι ά χ υ τ ο ς ή γ α γ γ ρ α ι ν ώ δ η ς ψευδάνθρακας, σπάνιος σήμερα, πού αναπτύσσεται σε ένηλίκους μέ γενική κατάσταση κακή, στους άλκοολικούς, κυρίως όμως στους διαβητικούς. Χαρακτηρίζεται από τήν έντονη τάση επέκτασης τών βλαβών. Η φλεγμονώδης "πλάκα", έρυθροκύανη, σκληρή, έξαιρετικά έπώδυνη, μέ άκαθόριστα όρια, διηθεΐ όλόκληρη περιοχή π.χ. τόν αύχένα, τό γλουτό. Τό οίδημα τής περιοχής είναι άημαντικό όπου καί διαγράφονται πολυάριθμα σημεΐα λεμφαγγειΐτιδας. Εϋθύς μία πλειάδα κρατήρων διανοίγεται, από τους όποιους έκρέει πύον, ένώ μεγάλα τμήματα δέρματος σφακελώνονται. Έτσι αναπτύσσεται εύρεία τοπική διαπύηση, πού ό αντίκτυπος της στή γενική κατάσταση είναι πρώϊμος αλλά καί σοβαρός. Έγκαθίστανται τότε ό λ ι γ ο υ ρ ί α, λ ε υ κ ω μ α τ ο υ ρ ί α, ύ π ί κ τ ε ρ ο ς καί καμιά φορά θ ό λ ω σ η τ ή ς δ ι α ν ο ί α ς.

2. Ο ψ ε υ δ ά ν θ ρ α κ α ς τ ο υ π ρ ο σ ώ π ο υ, ειδικώτερα του άνω χείλους του στόματος, ένέχει τόν κίνδυνο τής θρομβοφλεβΐτιδας τής γειτονικής προσωπικής φλέβας, τών όφθαλμικών φλεβών καί του σπραγγώδους κόλπου.

3. Η κ α κ ο ή θ η ς σ τ α φ υ λ ο κ ο κ κ ί α σ η του προσώπου είναι κλασσική. Όταν ό ψευδάνθρακας ή δοθιήνας του άνω χείλους ή του πτερυγίου τής μύτης φαίνεται ότι εξέλισσεται εύνοϊκά, αίφνίδια, στή συνέχεια μιās μικρής τραυματικής κάκωσης άπρόβλεπτης, έγκαθίσταται σε μερικές ώρες μιá διαφορετική, βαριά κλινική εικόνα. Τ ο π ι κ ῶ ς: διόγκωση οίδηματώδης έξαιρετικά μεγάλη του προσώπου, πού παραμορφώνει



τίς παρειές, τὰ χείλη καί τὰ βλεφαρα. Αὐτό τό έντονο οίδημα μέ έρυθρό χρώμα καλύπτεται άπό σειρά γκριζωπών στοιχείων καί άφήνει νά διαφαίνεται, σάν κορδόνια, φλεβικά άγγεία στό βάθος θρομβωμένα. Ταυτόχρονα τά γενικά σημεΐα έπιδεινώνονται: θόλωση τής διανοίας, ύπερθερμία, κεφαλαλγία, φρίκια. Χωρίς θεραπεία ο θάνατος έπέρχεται τρεΐς ώς πέντε ήμέρες είτε άπό σηψαιμία είτε άπό θρομβοφλεβίτιδα τών κόλπων του ^{κρανίου.} καρδίου. Ή κλινική εικόνα συνοδεύεται άπό φλεβική στάση, πού προκαλεΐ οίδημα, έκχυμώσεις. Ή παράλυση του κοινοΐ κινητικοΐ νεΐρου καί του έξω κινητικοΐ του οφθαλμοΐ εύθύνεται για τήν άκίνησία του οφθαλμοΐ. Τά μηνιγγιτικά σημεΐα είναι έκδηλα: κεφαλαλγία, έμετοί, δυσκαμψία του αύχένα, σημεΐο του Kernig θετικό. Ή όσφυονωτιαία παρακέντηση δείχνει τήν ύπαρξη πολυμορφοπυρήνωσης στο έγκεφαλονωτιαίο υγρό.

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Ή χορήγηση μεγάλων δόσεων αντιβιοτικών, συνήθως ένδοφλεβίως, δίνει καλά θεραπευτικά άποτελέσματα. Ή ταυτόχρονη θεραπευτική φροντίδα για γενική νόσο, πού τυχόν συνυπάρχει (π.χ. διαβήτης, ύδροηλεκτρολυτικές διαταραχές κ.λ.π.) είναι έπιβεβλημένη. Ή χειρουργική διάνοιξη του ψευδάνθρακα καί ή άπομάκρυνση σφακελωμένων ιστών είναι επίσης άναγκαία.

4. Δ Ι Α Χ Υ Τ Ο Σ Φ Λ Ε Γ Μ Ω Ν

Πρόκειται για όξεία φλεγμονή του χαλαροΐ υποδορίοΐ κυτταρικοΐ ιστοΐ, πού χαρακτηρίζεται άπό τήν έντονη διάχυση τής φλεγμονής καί τή δευτεροπαθή νέκρωση τών προσβληθέντων ιστών. Ή άπουσία όριοθέτησης καί περιορισμοΐ τής φλεγμονής αντίτίθεται στον περιγεγραμμένο φλέγμονα. Πρόκειται περισσότερο για διάχυτη φλεγμονή, πού αντί νά καταλήξει στο σχηματισμό άποστήματος, αντίθετα έχει τήν τάση νά έπεκτείνεται συνεχώς. Ούδέποτε άνευρίσκεται κλειδασμός καί τουτο γιατί δέν αναπτύσσεται πύον. Πολύ συχνή είναι ή ανάπτυξη δορυφόρου άδενίτιδας. Τά μικρόβια πού τόν προκαλούν στην πλειονότητα τών περιπτώσεων είναι ο στρεπτόκοκκος



καί ὁ χρυσίζων σταφυλόκοκος. Μερικές φορές πρόκειται γιά μικτή μόλυνση μέ ἀναερόβια μικρόβια. Ἡ πύλη εἰσόδου τῶν μικροβίων εἶναι ποικίλη. Μπορεῖ νά εἶναι μιά ἀπλή ἐκδορά τοῦ δέρματος, ἀλλά ἐξαιρετικά μολυσμένη, ἔνεση ὑπό σπητικές συνθήκες, σπητική χειρουργική ἐπέμβαση, τραυματική κάκωση μέλους, ὅπως σύνθλιψη τοῦ χεριοῦ σέ τροχαῖο ἢ ἐργατικό ἀτύχημα, πολεμικά τραύματα κ.λ.π.

Στήν κλασσική μορφή ἡ περιόδος εἰσβολῆς εἶναι πολύ βραχεία, κυριαρχούμενη ἀμέσως ἀπό τή σπουδαιότητα τῶν γενικῶν σημείων: ἀνοδος τῆς θερμοκρασίας σέ 40° ὡς 41° C, φρίκια, ἔμετοί, διάρροιες, πού ὑποδηλώνουν βαριά τοξική κατάσταση τοῦ ὀργανισμοῦ.

Τά τοπικά σημεῖα εἶναι ἐπίσης πρῶϊμα: διάχυτο οἶδημα, ἀρχόμενο ἀπό τήν πύλη εἰσόδου τῶν μικροβίων, σχετικά σκληρῆ σύσταση, ἐξαιρετικά ἐπώδυνα αὐτόματα ἢ μέ τήν πίεση. Τό ὑπερκειμενο δέρμα εἶναι ἐρυθρό, λεῖο καί στιλπνό καί κατά τόπους σκοτεινό καί πελιδνό.

Ἄν ὁ θάνατος δέν ἐπέλθει στή διάρκεια σφοδροῦ πρῶϊμου collapse πού σημαίνει ὑπεροξεία τοξική λοίμωξη, ἡ ἐξέλιξη ὁδηγεῖται στή "διαπύηση" καί νέκρωση. Τό δέρμα καλύπτεται ἀπό φλύκταινες, νεκρώνεται, ἀλλοῦ εἶναι έντονα οἶδημα τῶδεσ. Τελικά διανοίγεται καί ἀπό τήν ἐλκοαιμορραγική ἐπιφάνειά του τρέχει ἰχωρῶδες (βρώμικο) ὑγρό μέ "πύον" ὄχι ὁμοιογενές καί σφακελωμένους ἰστούς. Ἡ θνησιμότητα εἶναι ἀκόμα ὑψηλή στή φάση αὐτή. Σέ ἄλλες περιπτώσεις ἡ "διαπύηση" καί περιορισμένη νέκρωση διαρκεῖ πολλές ἐβδομαδες, στίς ὁποῖες μπορεῖ νά συμβοῦν τοπικές ἐπιπλοκές, ὅπως θρομβοφλεβίτιδες, δευτεροπαθεῖς αἱμορραγίες ἀπό ἐξελκώσεις ἀρτηριακές, ἢ γενικές ὅπως σηψαιμία. Τελικά μέ τήν πρῶϊμη καί κατάλληλη θεραπεία ἐγκαθίσταται ἡ φάση τῆς ἀποκατάστασης, πού εἶναι πολύ βραδεία, ἀφήνοντας τελικά λειτουργικές ἀνεπάρκειες, ὅπως ἀγκυλώσεις, μεγάλες καί ἰσχυρές ρικνωτικές οὐλές τοῦ δέρματος κ.λ.π. Ἡ ἐξέλιξη αὐτή εἶναι σήμερα σπάνια χάρη στίς προόδους τῆς ἀσηψίας καί τῆς προληπτικῆς γιά τίς ἐπιπλοκές ἀντιβιοθεραπείας.

Ἐνδιαφέρον ἔχουν ὀρισμένες κλινικές μορφές, ὅπως ἡ προσβολή τοῦ κυτταρικοῦ ἰστοῦ τοῦ ἐδάφους τοῦ στόματος,



γνωστή σάν κυτταρίτιδα έπώδυνη του Ludwig και του κυτταρικού ιστού του περιναίου, όποτε πρόκειται για τον κλασσικό φλέγμονα του περιναίου, ούροχόο ή κοπροχόο.

Οι πολυμικροβιακές αυτές λοιμώξεις, από αερόβια και αναερόβια μικρόβια, είναι συχνά γ α γ γ ρ α ι ν ώ δ ε ι ε ς. Μνημονεύονται τέλος οι μετεγχειρητικές κυτταρίτιδες του μεσοθωρακίου μετά από έγχειρήσεις του οίσοφάγου, της λεκάκης, μετά από γυναικολογικές ή έγχειρήσεις του κατώτερου πεπτικού σωλήνα, αλλά πού αυτές είναι σήμερα άσυνήθιστες χάρη στα άντιβιοτικά.

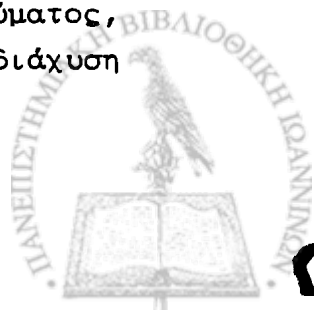
Συμπερασματικά ό διάχυτος φλέγμων αναπτύσσεται κατά προτίμηση σε περιοχές όπου βρίσκεται χαλαρός κυτταρικός ιστός, μέ προϋπόθεση την ιδιαίτερη τοξικότητα των μικροβίων αλλά και την κατάσταση του οργανισμού, όταν αυτή ύπολείπεται της φυσιολογικής ή έπηρεάζεται από κάποια συστηματική γενική νόσο όπως διαβήτης, ό άλκοολισμός κ.λ.π.

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Πολλές φορές ή χορήγηση άντιβιοτικών, τά ύγρά θερμά επίθεματα και ή άνάπαυση του άρρώστου μπορούν νά οδηγήσουν στην ίαση, χωρίς άλλες συνέπειες. Τά άντιβιοτικά όμως για νά είναι δραστικά πρέπει νά χορηγούνται έγκαιρα, σε ύψηλές δόσεις και ένδοφλεβίως. Ούδεμία χειρουργική θεραπεία έπιβάλλεται γιατί δέν ύφίσταται άποστηματοποίηση. Όχι σπάνια μέ τή θεραπευτική αυτή άγωγή ό φλέγμων έξελίσσεται σε θερμό τελικά άπόστημα, πού αυτό τότε άντιμετωπίζεται έπαρκώς μέ την άναφερθεΐσα έγχειρητική τακτική.

5. Τ Ε Τ Α Ν Ο Σ

Πρόκειται για τύπο τοπικής αναερόβιας μόλυνσης. Ό τέτανος είναι τοξική μόλυνση πού όφείλεται στους σπόρους (μορφή άνθεκτική) του βάκιλλου του Nicolaier. Ή πύλη είσόδου είναι συνήθως βρώμικο τραύμα μέ χώμα. Ή μόλυνση μπορεί νά είναι μικρή και ή πύλη είσόδου άφανής. Ό βάκιλλος του Nicolaier παραμένει έντοπισμένος στην περιοχή του τραύματος, ένω οι έκδηλώσεις της νόσου είναι συνυφασμένες μέ τή διάχυση



της τοξίνης. Όποιοσδήποτε κι αν είναι ο τρόπος διάχυσης της, με τό αίμα ή κατά μήκος τών νεύρων, ή τοξίνη καθιλώνεται σέ ορισμένα νευρικά κέντρα. Ή λανθάνουσα περίοδος (χρόνος έπώσεως), τό χρονικό δηλαδή διάστημα από τή μόλυνση μέχρι τήν έκδήλωση της νόσου, είναι ποικίλη, από μερικές ημέρες μέχρι μερικές εβδομάδες (συνήθως 4 ως 30 ημέρες).

Τό πρώτο κλινικό σημεῖο τοῦ τετάνου είναι ή έπώδυνη καί σπασμωδική σύσπαση ομάδας μυών, συνήθως τών μασσητήριων μυών, πού τότε έκδηλώνεται μέ τή μορφή τοῦ κ ρ ι γ μ ο ὕ. Ὁ άσθενής σημειώνει ότι δέν μπορεῖ νά άνοίξει τό στόμα καί ότι έμποδίζεται από μιά έπώδυνη σύσπαση, ή όποία έπιδεινώνεται κάθε φορά πού τό προσπαθεῖ. Τά δόντια μόλις άπομακρύνονται καί οἱ μασσητήριοι μύες είναι σ κ λ η ρ ο ῖ καί έ π ώ δ υ ν ο ῖ. Γρήγορα ή σύσπαση έκτείνεται πρός τά κάτω, στους μύες τοῦ προσώπου καί τοῦ λαιμοῦ, άνάλογα πάντοτε μέ τή βαρύτητα της μόλυνσης. Σέ μερικές ώρες ή μερικές ημέρες βρίσκονται ο κλασσικός "σ α ρ δ ό ν ι ο ς γ έ λ ω ς", προσωπεῖον παγωμένο, έλξη τών σχισμών τών χειλέων πρός τά έξω. Σιγά σιγά ή σύσπαση έκτείνεται στους άλλους μύες τοῦ λαιμοῦ της ράχεως, τών άκρων. Ή σ α ν ι δ ώ δ η ς σύσπασ πού άφορᾷ στους έκτείνοντες μύες περισσότερο, γίνεται σχεδόν όλική. Ή κεφαλή βυθίζεται στίς ώμοπλάτες. Μερικές φορές τό σῶμα παίρνει τή στάση τόξου, όποτε πρόκειται για τήν κλασσική θέση τοῦ ό π ι σ θ ό τ ο ν ο υ. Σχεδόν πάντοτε τά άνω άκρα είναι σταθεροποιημένα σέ κάμψη καί τά κάτω σέ έκταση.

Οἱ γενικευμένες αυτές συσπάσεις, σχεδόν συνεχεῖς, έπιδεινώνονται, έπιτείνονται στή διάρκεια παροξυσμικῶν κρίσεων έ ξ α ι ρ ε τ ι κ ά έ π ώ δ υ ν ε ς. Έκλύονται από κάθε, έστω καί έλάχιστο, αίσθητικό έρέθισμα, κινητικό, άκουστικό, μέ τήν εύκαιρία π.χ. μιᾷς εξέτασης, ένός έρωτηματολογίου κ. λ.π. Στή διάρκεια τών παροξυσμῶν μπορεῖ νά προκληθοῦν ά ν α π ν ε υ σ τ ι κ έ ς δ υ σ χ έ ρ ε ι ε ς, αίσθημα πνιγμονής, κυάνωση, άπότοκα της σύσπασης τών θωρακικῶν μυών, πού είναι πió δραματικές όταν ο άσθενής διατηρεῖ πλήρη τήν έπαφή του μέ τό περιβάλλον. Μετά μερικά λεπτά ή κρίση υποχωρεῖ, για νά ξαναρχίσει πάλι. Ή συχνή επανάληψη τέτοιων κρίσεων δείχνει β α ρ ι ά π ρ ό γ ν ω σ η.

Ή γενική κατάσταση τών άσθενῶν αυτών είναι έπηρεασμένη. Παρατηρεῖται μικρή, σχεδόν σταθερή, ά ν ο δ ο ς τ ῆ ς



θερμοκρασίας, πού καμιά φορά αντικαθίσταται με ύψηλή έκδηλη υπερθερμία. 'Ο σφυγμός μόλις καί αύξάνει. 'Η όλιγοουρία είναι πρακτικώς σταθερή, ή λήψη ύγρων συχνά αδύνατη. Γενικά ή νοσηλεία αύτων τών άσθενών θέτει ταχύτατα δύσκολα θεραπευτικά προβλήματα.

'Η κλινική εξέταση του άσθενούσ δέν είναι πλήρης όταν δέν αναζητείται ή πύλη είσόδου τών μικροβίων (έστω καί μικρού τραύματος) καί δέν προσδιορίζεται ή γενική κατάσταση του. Μερικές φορές τό τραύμα είναι έμφανές, αλλά σ' άλλες περιπτώσεις μπορεί νά είναι άσήμαντο ακόμα καί νά έχει λησμονηθεί.

'Η εξέλιξη του τετάνου οδηγεί συνήθως, ύστερα από τήν 4η ήμέρα από τήν έκδηλωσή του, στην προοδευτική ύφεση, πού γύρω στην 25η ήμέρα φθάνει στην ίαση.

Οι κλινικές μορφές του τετάνου είναι πολυάριθμες. Έτσι οι όξεϊες μορφές, έκδηλώνονται μετά από χρόνο έπώασης πολύ βραχύ, οι συσπάσεις είναι ταχύτατα γενικευμένες καί ή πρόγνωση πολύ σοβαρή, ένω οι ύποξεϊες μορφές, έκδηλώνονται τή στιγμή περίπου όπου ή όροθεραπεία χάνει τήν αποτελεσματικότητά της, δηλαδή γύρω στην τριακοστή ήμέρα. Οι έντοπισμένες μορφές, όπως ό κεφαλικός τέτανος, ύστερα από μόλυνση του προσώπου, συνοδεύεται από παράλυση του προσωπικού νεύρου, ένω ό έντοπισμένος τέτανος τών άκρων περιορίζεται στην περιοχή τής μόλυνσης καί έκδηλώνεται μετά από άνεπαρκή όροθεραπεία. Στην τελευταία αύτή μορφή οι έπώδυνες συσπάσεις άφορούν αποκλειστικά στό άκρο, αλλά πού ή συνήθης καλοήθεια στίς περιπτώσεις αυτές δέν δικαιολογεί νά ύποτιμάται ό κίνδυνος γενίκευσης του τετάνου.

Μόνον ό συστηματικός ένεργητικός καί άνανεούμενος έμβολιασμός (ένεργητική άνοσοποίηση) έπιτρέπει τήν πρόληψη τής δραματικής αύτης νόσου.

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Δέν υπάρχουν θεραπευτικά μέσα πού νά έξουδετερώνουν τήν καθλωμένη στά νευρικά κέντρα τετανική τοξίνη. 'Η θεραπεία άποβλέπει στην πρόληψη ή τήν καταπολέμηση τών έπιπλοκών. 'Η ειδική θεραπεία (όροθεραπεία) έχει περιορισμένο ένδιαφέρον καί άποσκοπεί στην έξουδετέρωση τής τετανικής τοξίνης πού κυκλοφορεί. Χορηγούνται 50.000 I.U. καί ταυτόχρονα άντισταμι-



νικά φάρμακα για την πρόληψη όροαντιδράσεων. Το ενδιαφέρον της χορήγησης άνατοξίνης (έμβόλιο) συνίσταται στην πρόληψη της ύποτροπής του τετάνου. Η θεραπεία τυχόν υπάρχοντος τραύματος και η χορήγηση αντιβιοτικών είναι αναγκαία. Η τραχειοστομία αποτελεί έγχειρητική πράξη θεραπευτική βασικής σημασίας για την πρόληψη ή αντιμετώπιση των άναπνευστικών προβλημάτων. Η έπιπρόσθετη χορήγηση κατασταλτικών του νευρικού συστήματος και στην άνάγκη μυοχαλαρωτικών είναι πολύ χρήσιμη. Στην τελευταία περίπτωση είναι εύνοητη η έλεγχομενη τεχνητή άναπνοή με μηχανικό άναπνευστήρα. Προληπτικά ό έμβολιασμός κάθε παιδιού μεταξύ 12 και 18 μηνών έχει άποδειχθεί ιδιαίτερα άποδοτικός. Το έμβόλιο χορηγείται σε τρεις μήνες (μία ένεση κάθε μήνα), μία νέα δόση μετά 1 χρόνο και τέλος άναμνηστικές δόσεις για κάθε 5 ως 10 χρόνια.

6. Α Ε Ρ Ι Ο Γ Ο Ν Ο Σ Γ Α Γ Γ Ρ Α Ι Ν Α

Η άεριογόνος γάγγραινα είναι νεκρωτικός, φλέγμων του μυϊκού ιστού, ταχύτατης εξέλιξης, όφειλόμενος σε άναερόβια μικρόβια, της τάξεως των κλωστηριδίων. (Συχνά συναντώνται τό μικρόβιο του Welchί και τό κλωστηρίδιο τό οίδηματώδες). Η νόσος χαρακτηρίζεται άπό έκτεταμένη νέκρωση των διηθημένων ιστών, πραγματική σήψη έν ζωή και άπό γενικευμένη βαριά τοξιναιμία, ταχέως θανατηφόρα.

Η άεριογόνος γάγγραινα παρατηρείται κατά κύριο λόγο σε πολεμικές περιόδους, αλλά μπορεί έπίσης νά παρατηρηθεί και σε έιρηνικές, όπως στη διάρκεια μεγάλων καταστροφών, σεισμών, όμαδικών τροχαίων ή έργατικών άτυχημάτων, όπου η διακομιδή των τραυματιών άπό τον τόπο της καταστροφής στά νοσηλευτικά κέντρα νά είναι δύσκολη και καθυστερημένη. Σπανιώτερα μπορεί νά παρατηρηθεί στά κοιλιακά τοιχώματα πού μόλύνονται άπό συλλογές πού περιέχουν κλωστηρίδια, προερχόμενα άπό φλεγμονές των χοληφόρων, του πεπτικού σωλήνα, του ούροποιογεννητικού συστήματος κ.λ.π. Ιατρογενής γάγγραινα μπορεί νά προκληθεί άπό την ένδομυϊκή βαθιά χορήγηση σκευασμάτων άδρεναλίνης και άλάτων Ca, πού προκαλούν πρόσκαιρη



τοπική ισχαιμία.

Ἡ κλινική εἰκόνα τῆς κλασσικῆς μορφῆς ἀεριογόνου γάγγραινας εἶναι χαρακτηριστική καί πρέπει νά ἀναγνωρίζεται ἀπό τήν ἐναρξη τῶν πρώτων ἐκδηλώσεων. Ἡ ραγδαία ἐξέλιξη τῆς ἐπιβάλλει ἐντονη ἐπαγρύπνιση καί σχολαστική παρακολούθηση τῶν μολυσμένων καί ἐκτεταμένων τραυμάτων.

Μετά ἀπό μεσοδιάστημα ἐλεύθερο 6 ὥρῶν ὡς πέντε ἡμερῶν, τά πρόδρομα σημεῖα ἀναφαίνονται καί ὀφείλουν νά ἀναγνωριστοῦν ταχύτατα.

α) Ὁ πόνος, πρῶτος χρονολογικά, ἐκδηλώνεται μέ τή μορφή συσφίξεως στήν περιοχὴ τοῦ τραύματος, ὅπου μπορεῖ νά παρατηρηθεῖ μικρὴ συλλογὴ πολὺ ὀρώδης, σκοτεινὸ-χρωμῆ, πού πρέπει νά προσελκύσει τήν προσοχή.

β) Τό μεγάλο οἶδημα, μέ λεῖο, στιλπνὸ δέρμα, τέταμένο καί ὠχρό.

γ) Ὁ τραυματίας εἶναι λίγο ἀνήσυχος καί ἡ γενικὴ κατάσταση ἤδη ἐπηρεασμένη: χαρακτηριστικὰ τοῦ προσώπου τραβηγμένα, ὠχρότητα γκριζωπῆ, ἀσθενικότητα.

δ) Ὁ σφυγμὸς εἶναι συχνὸς καί μαλακός, χωρὶς συσχέτιση μέ τή θερμοκρασία, σημεῖο πρώϊμου col lapsus, πού μπορεῖ νά ἐκτείνεται προοδευτικά, ἢ καμιὰ φορά ἐξαιρετικά αἰφνίδια.

ε) Τό τραῦμα εἶναι ἀτονό, γκριζωπῆς χροιάς, ἀπ' ὅπου ἐκρέει ὑγρὸ ἰχωρῶδες, βρώμικο, ὀψεως σκοτεινόχρωμης, ἀσχημῆς ὀσμῆς καί μέ οἶδημα περιφερικό.

στ) Στήν ψηλάφηση τῆς περιοχῆς γίνεται κάποτε ἀντιληπτός κριγμός, ὀφειλόμενος στήν ἀνάπτυξη φυσαλίδων ἀερίων. Στήν παρουσία αὐτῶν τῶν σημείων πρέπει: νά γίνῃ ἀκτινογραφία τῶν μαλακῶν μορίων, γιά τήν ἀναζήτηση τῶν φυσαλίδων ἀερίων, πού ὑπογραμμίζουν τή διάγνωση καλά καί πρὶν νά ἀναφανεῖ τοπικῶς ὁ χαρακτηριστικὸς κριγμὸς. Ἐπίσης λήψη ὑγρῶν ἀπὸ τήν περιοχὴ τοῦ τραύματος καί καλλιέργεια αὐτῶν γιά τόν προσδιορισμὸ τοῦ ἐνοχοποιημένου μικροβίου.

Ἡ θεραπεία ὀφείλει νά ἀναληφθεῖ ταχύτατα καί πρὶν ἀναφανεῖ τό στάδιο τῆς κλασσικῆς γάγγραινας, πού ἡ κλινικὴ εἰκόνα τῆς εἶναι ἡ παρακάτω.

1. Τό τραυματισμένο ἄκρο εἶναι ἡ ἔδρα ἐκτεταμένο-νου, γιγαντιαίου οἴδηματος, λευ-



κ ο υ , σ κ λ η ρ ο υ . Τό δέρμα ταχύτατα καλύπτεται από φ λ ύ κ τ α ι ν ε ς . Στήν ψηλάφηση βρίσκεται ὁ χαρακτηριστικός κ ρ ι γ μ ό ς , σάν τριβόμενο χιόνι . Ἡ ἀκτινογραφία στό στάδιο αὐτό δείχνει φουσαλίδες ἀερίων πού συγκεντρώνονται κατά μήκος τῶν μυϊκῶν μαζῶν καί τῶν περιαγγειακῶν ἐλύτρων .

2. Σέ μερικές ὥρες τά γενικά σημεῖα βαριάς τοξιναιμίας ἔχουν ἐκδηλωθεῖ . Τά ἀρχικά ἀλγη ἐξαφανίζονται , ὁ τραυματίας εἶναι ἀ π ἄ θ ἦ ς ἢ ἀντίθετα ἀ ν ἦ σ υ χ ο ς , καί εὐθύς πέφτει σέ κ ῶ μ α . Σύνολο σημείων ὑποδηλώνει τή βαρύτητα τῆς προσβολῆς τῆς γενικῆς καταστάσεως : ὑ π ἰ κ τ ε ρ ο ς , δ Ὑ σ π ν ο ι α , ὑ π ο θ ε ρ μ ῖ α , μ ι κ ρ ό ς , τ α χ ύ ς σ φ υ γ μ ό ς , π τ ῶ σ η τ ῆ ς ἀ ρ τ η ρ ι α κ ῆ ς π ι έ σ ε ω ς , ὀ λ ι γ ο υ ρ ῖ α . Σέ 3-4 ἡμέρες ἡ ἐξέλιξη ὁδηγεῖ στό θάνατο . Παραπλεύρως μέ τήν κλασσική αὐτή μορφή ὑπάρχουν πολυάριθμες ἄλλες ὅπως :

α) Οἱ λεγόμενες ἀ μ ι γ ε ῖ ς ο ἰ ῶ η μ α τ ῶ δ ε ι ς , ὅπου παρατηροῦνται ὅλα τά τοπικά καί γενικά σημεῖα , ἀλλά πού λείπει ὁ κριγμός .

β) Τ ο ξ ι κ έ ς μ ο ρ φ έ ς σ τί ς ὁ πο ῖ ς προεξάρχουν τά γενικά σημεῖα καί ἡ βαριά γενική κατάσταση .

γ) Τ ο π ι κ έ ς μ ο ρ φ έ ς , πού πλησιάζουν στούς ἐντοπισμένους γαγγραινῶδεις φλέγμονες , μορφές πολύ συχνές ὕστερα ἀπό πολεμικά τραύματα μέ ἐγκλεισμό σ'αὐτά ξένων σωμάτων .

Ἐκτός ἀπό τήν κλασσική ἀεριογόνο γάγγραινα ὑπάρχει ἡ τ ρ α υ μ α τ ι κ ῆ μ υ ο σ ῖ τ ι δ α , πού εἶναι κυτταρίτιδα μέ ἐξέλιξη καί ἐπιπτώσεις ἀπόλυτα συγκρίσιμες μέ τή γάγγραινα , ἀλλά πού ἡ ἀνάπτυξη τῆς γαγγραινῶδους μολύνσεως γίνεται ὄχι στούς μύες ἀλλά στόν ὑποδόριο ἰστό καί εἶναι καλύτερης πρόγνωσης .

Τέλος δυό αἰτιολογικές μορφές πρέπει νά συγκαταληθοῦν :

α) Ἡ ἀεριογόνος γάγγραινα μετά ἀπό ἔ ν ε σ η φ α ρ μ ἄ κ ο υ καί ἰδιαίτερα ἀγγειοσυσταλτικῶν τά ὁποῖα δημιουργοῦν ζώνη ἰσχαιμίας καί νέκρωση στό κέντρο μιᾶς μυϊκῆς μάζας , ὅποτε διευκολύνεται ὁ πολλαπλασιασμός τῶν μικροβίων καί

β) Ἡ ἀεριογόνος μ ε τ ε γ χ ε ι ρ η τ ι κ ῆ γ ἄ γ γ ρ α ι ν α πού ἀναφαίνεται τήν 8η μέρα μετά τήν ἐγχείρηση . Πρόκειται γιά γάγγραινα τῶν κοιλιακῶν τοιχωμάτων , ὕστερα ἀπό λαπαροτομία γιά σκωληκοειδίτιδα , χολοκυστίτιδα κ.λ.π .

Ἡ ἀεριογόνος γάγγραινα , αἰτία θανάτου καί ἀκρωτηριασμῶν , ἀπαντᾷ καί σέ πολεμική καί σέ εἰρηνική περίοδο . Ὅρθη



καί πρῶιμη χειρουργική θεραπεία τῶν ἐκτεταμένων τραυμάτων τῶν ἄκρων καί ἡ προφυλακτική ἀγωγή τήν ἀραιώσαν πολύ. Ὅμως ἀκόμα μπορεῖ νά συναντηθεῖ κατά τρόπο ἀναμφισβήτητο σέ ὀρισμένες κατηγορίες τραυμάτων ἀπό τροχαῖα καί ἐργατικά ἀτυχήματα. Παρά τή σύγχρονη θεραπευτική ἀγωγή ἐξακολουθεῖ νά ἔχει βαριά θνησιμότητα.

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Αὕτη εἶναι ἐξαιρετικά ἐπείγουσα καί ἀπό τή στιγμή τῆς διάγνωσης πρέπει νά ἐφαρμόζεται ἀμέσως, γιατί ἡ ἐξελικτικότητα τῆς νόσου εἶναι ταχύτατη καί σφοδρή. Ἡ θεραπευτική τακτική περιλαμβάνει:

Χ ε ι ρ ο υ ρ γ ι κ ῆ ἑ ρ α π ε ί α, πού συνίσταται στήν εὐρεία ἀφαίρεση ὄλων τῶν ἱστικῶν στοιχείων πού ἔχουν ὑποστεί τή νεκρωτική διεργασία, ἀφοῦ οἱ ἀπλέςσχάσεις δέν ἐπαρκοῦν. Πολλές φορές ἀπαιτεῖται νά θυσιασθοῦν ἀγγεῖα καί νεῦρα, ἐνῶ παραμένει ἀναντίρρητος καί δὲ ἀκρωτηριασμός ἀκόμα.

Γ ε ν ι κ ῆ ἑ ρ α π ε ί α, πού περιλαμβάνει τή χορήγηση ἀντιβιοτικῶν, στά ὁποῖα εἶναι συνήθως εὐαίσθητα τὰ ἀναερόβια μικρόβια, τήν ὀροθεραπεία, κατά τήν ὁποία χορηγοῦνται 60 ὡς 100 ml πολυδύναμου ἀντιγαγγραινικοῦ ὀρου, πού μπορεῖ νά ἐπαναληφθεῖ μετά 48 ὥρες, τή μετάγγιση αἵματος καί ὑδροηλεκτρολυτικῶν διαλυμάτων γιά τήν καταπολέμηση τοῦ shock, πού εἶναι πάντοτε παρόν σέ τέτοιες καταστάσεις.

Θ ε ρ α π ε ί α μ ἑ ὑ π ε ρ β α ρ ι κ ὸ O₂, πού συνίσταται στήν τοποθέτηση τοῦ ἄρρωστου σέ ἀτμόσφαιρα O₂ μέ πίεση 3 ἀτμοσφαιρῶν (εἰδικός θάλαμος ὑπερβαρικοῦ O₂), γεγονός πού ἐπιτυγχάνει τήν παρουσία O₂ στοῦς ἱστούς, ἀλλά κυρίως γύρω ἀπό τόν γαγγραινώδη φλέγμονα, μέ μερική τάση πολύ ὑψηλή πού ἀναστέλλει ἐπαρκῶς τόν πολλαπλασιασμό τῶν ἀναεροβίων μικροβίων καί περιορίζει ἔτσι τήν ἐπέκταση τῆς γάγγραινας. Κάθε συνεδρία διαρκεῖ 90 min. καί συνολικά σέ 3 μέρες ἐκτελοῦνται τουλάχιστον 7. Ὅπωςδήποτε τό μεσοδιάστημα τῶν συνεδριῶν δέν μπορεῖ νά εἶναι μικρότερο ἀπό 4 ὥρες. Τά ἀποτελέσματα εἶναι ἰδιαίτερα ἱκανοποιητικά.



7. Σ Η Ψ Α Ι Μ Ι Α

Ὁ καλύτερος ὀρισμός αὐτῆς δόθηκε ἀπὸ τὸν Gastinel καὶ τὸν Reilly: " Γενική λοίμωξη χαρακτηριζόμενη ἀπὸ τὴ σταθερή ἢ παροδική κατὰ κύματα παρουσία στὸ αἷμα παθογόνων μικροβίων καὶ τῶν τοξινῶν των, πού προέρχονται ἀπὸ σπητικές ἐστίες, ἐξακριβωμένες ἢ ὄχι. Ἀναπτύσσει γενικά σημεῖα βαριά ὀφειλόμενα στὸν πολλαπλασιασμό τῶν μικροβίων ἐντὸς τῶν ὀργάνων, στή δράση τῶν τοξινῶν τους καὶ τέλος στή βλαπτική ἐπίδραση τῶν προϊόντων κυτταρικών καταστροφῶν. Ὅλα τὰ συμπτώματα αὐτὰ ἀφήνουν σέ δεύτερο πλάνο τὴν ἀρχική ἐστία μόλυνσης".

Ἡ ἀλόγιστη χρῆση τῶν ἀντιβιοτικών δέν ἔλυσε τὸ πρόβλημα τῆς σηψαιμίας, ἀλλὰ ἀπλῶς τὸ τροποποίησε. Μερικὲς μορφές τῆς μειώθηκαν σημαντικά, ὅπως οἱ ὀφειλόμενες σέ στρεπτοκόκκους, πνευμονιοκόκκους, γονοκόκκους, ἀναερόβια στελέχη. Ἀντίθετα πιά συχνές ἔγιναν οἱ μορφές πού ὀφείλονται σέ σταφυλόκοκκους καὶ σέ Gram ἀρνητικά βακτηρίδια. Τὸ γεγονός ὀφείλεται ὄχι μόνο στήν ἀλόγιστη, ὅπως ἀναφέρθηκε, χρῆση τῶν ἀντιβιοτικών, ἀλλὰ καὶ στήν αὐξημένη χρῆση, στή διαγνωστική, ἐργαλείων (ἐνδοσκοπήσεις κ.λ.π.), πού εὐνοοῦν τὴ διασπορά τῶν μικροβίων καὶ τίς ἀναπόφευκτες λοιμώξεις.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ. Κάθε φλεγμονώδης ἐστία, ὅσο μικρὴ κι ἂν εἶναι, δυνητικά εἶναι ὑπόλογη γιὰ τὴν ἀνάπτυξη σηψαιμίας, πού στήν πλειονότητα τῶν περιπτώσεων εἶναι ἀπότοκη γειτονικῆς θρομβοφλεβίτιδας, ἐμφανοῦς ἢ ὄχι. Ἡ πλούσια αἱμάτωση τῆς στοματοφαρυγγικῆς κοιλότητας ἐρμηνεύει τὴ συχνότητα σηψαιμίας πού ἐπιπλέκει στοματίτιδες, φλεγμονές τῶν δοντιῶν, κολπίτιδες κ.λ.π. Σταφυλοκοκκικὲς σηψαιμίες ἔχουν τὴν ἀφετηρία τους σέ φλεγμονές τοῦ δέρματος, ὅπως πυοδερματίτιδες, δοθίηνες, ψευδάνθρακες κ.λ.π. Μετὰ ἀπὸ τοκετό ἢ ἄμβλωση ἢ "φυσιολογική" θρόμβωση ἀγγείων τῆς μήτρας ἀποτελεῖ περιβάλλον εὐνοϊκό γιὰ τὴν ἀνάπτυξη σπητικῆς θρομβοφλεβίτιδας. Ἡ ἐπιμόλυνση ἀπὸ σαπρόφυτα βακτηρίδια πού ἀνέπτυξαν λοιμογόνο δύναμη τέλος εὐνοεῖται ἀπὸ τὴν κατακράτηση μέρους τοῦ πλακούντα ἢ ἀπὸ τὴ χρῆση γυναικολογικῶν ἐργαλείων (ξέστρα κ.λ.π.). Κάθε λοίμωξη τοῦ οὔροποιητικοῦ συστήματος, ἀπότοκη λιθιασικῆς κυρίως ἀπόφραξης, μπορεῖ νὰ προκαλέσει σηψαιμία, ὅπως



έπίσης και κάθε στάση και λοίμωξη στη συνέχεια στον πεπτικό σωλήνα.

Στά παραπάνω πρέπει να προστεθούν οι περιπτώσεις σηψαιμίας που όφειλονται σε καθετηρίασμούς, σε τραχειοστομίες κ.λ.π.

Ή σηψαιμική κατάσταση έπομένως ανταποκρίνεται στην ύπαρξη άρχικης έστίας (πύλη είσόδου της μόλυνσης), στην έγ-
χυση βακτηριδίων συνεχώς ή διαλειπόντως, στην πολλαπλή σπλαγ-
χνική έντόπιση, στις γενικές διαταραχές του μεταβολισμού. Δυό άδρες κλινικές εικόνες μπορεί να διακριθούν και που άν-
ταποκρίνονται στους δυό έξελικτικούς τύπους της σηψαιμίας:
γενικευμένη μόλυνση χωρίς έστιές μεταστατικές, ανάπτυξη με-
ταστατικών έστιών.

ΣΗΨΑΙΜΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ. Ή άρχή του είναι πολύ συχνά α ί φ ν ί -
δ ι α και σ φ ο δ ρ ή, χαρακτηριζόμενη από έντονα
φ ρ ί κ ι α και ρ ί γ ο ς έντονο, άνοδο της θερμοκρασίας
σε 39° ως 40° C και έπιτάχυνση του σφυγμού.

α) Εύθως ή κλινική εικόνα έχει έγκατασταθεϊ: ύ ψ η λ ό ς
κ α ί ά ν ώ μ α λ ο ς π υ ρ ε τ ό ς, τό διάγραμμα του ό-
ποίου παίρνει διάφορες μορφές: δ ι α λ ε ί π ω ν π υ ρ ε -
τ ό ς, σ υ ν ε χ ή ς σε ύψηλό επίπεδο, πυρετός ύ φ έ σ ι -
μ ο ς. Οι χαρακτηρες αύτοί του πυρετού αναλύονται καλύτε-
ρα σε τρίωρη θερμομέτρηση. Στην πυρετική αύτή κατάσταση προ-
στίθεται βαριά π ρ ο σ β ο λ ή τ η ς γ ε ν ι κ ή ς κ α -
τ ά σ τ α σ η ς, όπως φαίνεται από τό μικρό, ταχύ σφυγμό,
σε συσχέτιση με την άνύψωση της θερμοκρασίας, χαμηλή άρτη-
ριακή πίεση, όψη προσώπου άλλοιωμένη, ώχρή, γκριζωπή, κοϊ-
λες παριές, έντονη δίψα, έπίχριστη γλώσσα, έντονη καταβολή
των δυνάμεων, έπιτάχυνση της άναπνοής, που γίνεται έπιπό-
λαια, έλάττωση των ούρων που είναι λευκωματουρικά και τέλος
συνήθεις διάρροιες.

Ή ύπαρξη νευρολογικών σημείων έπιτρέπει να έκτιμηθεϊ
ή βαρύτητα.

Βεβαίως ή καταβολή δυνάμεων είναι συνήθης, αλλά θόλωση της
διανοίας, ήπια ή αντίθετα σφοδρή και ένεργητική ή άκόμα πραγ-
ματικά τυφική κατάσταση, ύποδηλώνει έντονη βαρύτητα.

β) Ή κλινική εικόνα είναι συνήθως φτωχή, όπου όμως πρέπει
να άναζητηθεϊ: σ π λ η ν ο μ ε γ α λ ί α, σημεία δερματικά
που μπορεί να είναι ποικίλα, έ ρ ύ θ η μ α φ ε υ γ α λ έ ο,



διάφορα έξανθήματα, αιμορραγικά σημεΐα, π ε τ έ χ ε ι ε ς ή έ κ χ υ μ ώ σ ε ι ς, α ί μ ο ρ ρ α γ ί ε ς τ ο υ β λ ε ν - ν ο γ ό ν ο υ ή βαριές σπλαγχνικές. Τέλος πρέπει νά αναζητηθεΐ μέ μεγάλη φροντίδα ή πύλη είσόδου τών μικροβίων.

γ) Μόνον οί έξετάσεις του έργαστηρίου αποδεικνύουν τή σηψαιμία. Ή ά ν α ι μ ί α εΐναι σταθερή, μερικές φορές έκδηλη χωρίς νά προϋπήρξε αιμορραγία, ύποδηλώνουσα σηψαιμία στρεπτοκοκκική ή άπό κλωστηρίδιο του Welchí. Ή λευκοκυττάρωση καί πολυμορφοπυρήνωση εΐναι συνηθισμένη. Άλλά μόνον ή αιμοκαλλιέργια, πού συνιστά τήν ούσιώδη έργαστηριακή έξέταση, αποδεικνύει τό βακτηριολογικό χαρακτηρισμό τής μόλυνσης καί μπορεί νά καθοδηγήσει τή θεραπεία. Αύτή πρέπει νά έπαναλαμβάνεται άρκετές φορές, καί τό δείγμα του αίματος νά λαμβάνεται τή στιγμή όπου τά φρίκια ή τό ρίγος ή τή στιγμή πού έχει ανέλθει πολύ ύψηλά ό πυρετός. Τό άρνητικό τής αιμοκαλλιέργιας δέν έχει καμιά άξία καί δέν άποκλείει τήν ύπαρξη σηψαιμίας. Τέλος, όταν εΐναι δυνατό, δέν πρέπει νά άπορρίπτεται ή αναζήτηση του είδους τών μικροβίων στην πύλη είσόδου αύτών.

Οί βιολογικές διαταραχές, πού συνυπάρχουν, πρέπει νά αναζητούνται, ίδιαίτερα ύδροηλεκτρολυτικές, καί πού πρέπει νά διορθώνονται.

Ή εξέλιξη τής όξείας σηψαιμίας ήταν έξαιρετικά βαριά πρίν άπό τά άντιβιοτικά, πού όμως ή σημερινή μεγάλη κλίμακά τους έπιτρέπει τήν ίαση σέ άρκετές περιπτώσεις.

Όρισμένα στοιχεία δίνουν τή δυνατότητα άπό τήν άρχή νά σχηματιστεΐ μιá άδρή ιδέα για τήν πρόγνωση, όπως εΐναι: ή βαρύτητα τών τοξικών σημείων καί τών σημείων νευρικής βλάβης, ή ύπαρξη ή όχι σημείων αιμορραγίας, ό βαθμός τής νεφρικής βλάβης, ή εύαισθησία στα άντιβιοτικά.

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΥΑΙΜΙΑΣ. Αυτό τό σύνδρομο δέν άντιτίθεται στα παραπάνω άναφερθέντα, παρά μόνο σχηματικώς, γιατί ή παρουσία μεταστατικών έστιών καί ή άπό εκεί πυαιμία, μπορεί νά εΐναι έξελικτικός σταθμός σηψαιμίας.

Τό σύνδρομο χαρακτηρίζεται άπό σ φ ο δ ρ ά φ ρ ί - κ ι α κ α ί ρ ί γ ο ς μέ άλσθημα ψύχους ή θερμότητας καί μέ ιδρώτες. Ή θερμοκρασία εύθύς άνέρχεται στους 40° - 41° C καί δέν εΐναι παρά π ρ ό σ κ α ι ρ η, όπως αποδεικνύεται άπό τήν τρίωρη θερμομέτρηση. Οί μεταστατικές δευτεροπαθείς



έστιες ενδιαφέρουν όλα τὰ ὄργανα, κατὰ κύριο λόγο τούς πνεύμονες καί ὑπεζωκῶτα μέ ἀποτέλεσμα τῆ δημιουργία ἀποστήματα τοῦ πνεύμονα, ἐνός ἢ μικρῶν πολλαπλῶν, ἢ πυώδους πλευρίτιδας, τῆν καρδία (ἐλκοβλαστική ἐνδοκαρδίτιδα ἀναπτυσσόμενη σέ ὑγιᾶ καρδία ἀπό τόν αἰμολυτικό στρεπτόκοκο), τό ἥπαρ (βαρῦς ἔκτερος μέ διόγκωση τοῦ ἥπατος), τό νεφρό (πολλαπλά ἀποστήματα ἐπιπλεκόμενα ἢ ὄχι μέ περινεφρικό φλέγμα ἢ ἔμφρακτο τοῦ νεφροῦ), τό σπλήνα (ἔμφρακτο τοῦ σπλήνα ἀποστηματοποιημένο), τό φλεβικό σύστημα (θρομβοφλεβίτιδες, πού εἶναι σημαντικός παράγων διασπορᾶς μικροβίων) καί τέλος ἀρθρικές ἐντοπίσεις, δερματικές, μυϊκές, περικαρδιακές, μηνιγγιτικές, προστατικές, κ.λ.π., πού μποροῦν νά ἀναπτυχθοῦν στή διάρκεια σηψαιμίας - πυαιμίας.

Οἱ κλινικές μορφές, ἀναρίθμητες, ἐξαρτῶνται ἀπό τή φύση τῶν μικροβίων καί τήν τοξικότητά τους, ἀπό τό ἔδαφος, τήν ὑπαρξη ἢ ὄχι μεταστατικῶν ἐστιῶν, ἀλλά καί ἀπό τήν ἀνταπόκριση στά θεραπευτικά μέσα.

Οἱ αἰτιολογικές μορφές εἶναι ἀπό πολύ χρόνο οἱ πιό σημαντικές. Κάθε στέλεχος μικροβίων ἔχει τόν ἰδιαίτερο χαρακτήρα του. Στό χειρουργικό πλαίσιο ὁ στρεπτόκοκος, ὁ σταφυλόκοκος, τό κολοβακτηρίδιο, τὰ ἀναερόβια εἶναι τὰ πιό συχνά μικροβιακά στελέχη.

ΣΤΡΕΠΤΟΚΟΚΚΩΚΗ ΣΗΨΑΙΜΙΑ. Αὐτή παρατηρεῖται ὑπό διάφορες συνθήκες. Ἡ ἐπιλόχεια προέλευση εἶναι συχνή, μετά ἀπό τοκετό ὅπου ἔχουν λησμονηθεῖ οἱ συνθήκες ἀσηψίας ἢ μετά ἀπό ἀποβολή κι ὅπου ἡ σηψαιμία εἶναι ἀπότοκη ἐνδομητρίτιδα ἢ θρομβοφλεβίτιδα τῆς πυέλου.

Σηψαιμίες ἀπότοκες βαρέων τραυματισμῶν τροχαίων ἢ ἐργατικῶν ἀτυχημάτων δέν εἶναι σπάνιες, παρόλο πού ἡ ἀντιβιοθεραπεία ἐφαρμόζεται πρῶϊμα. Μπορεῖ νά παρατηρηθοῦν ἀκόμα καί μετά ἀπό μικρές τραυματικές βλάβες, ἐμφανεῖται μὲν ἀλλά ὑπερσηπτικές. Δευτεροπαθεῖς σηψαιμίες ἀπό προϋπάρχουσες φλεγμονώδεις ἐστίες ὅπως σκωληκοειδίτιδα, χολοκυστίτιδα, σαλπγγίτιδα, ἐλέγχονται πιό εὐκολα μέ τήν ἀντιβιοθεραπεία.

Μερικά κλινικά σημεῖα μποροῦν νά κατευθύνουν τήν ἀδρῆ διάγνωση κι αὐτά εἶναι τὰ δερματικά, ὅπως φευγαλέο ἔξανθημα ὀστρακιοειδέες, ἐρύθημα, κ.λ.π.



ΣΤΑΦΥΛΟΚΟΚΚΙΚΗ ΣΗΨΑΙΜΙΑ. Αύτη είναι πολύ συχνή. Θέτει και σήμερα δύσκολα θεραπευτικά προβλήματα, εξαιτίας του αύξανόμενου αριθμού των άνθεκτικών στελεχών σταφυλοκόκκου σέ όλα τά αντιβιοτικά. Στίς περιπτώσεις αυτές ύπάρχει πάντοτε μία τοπική έστία είσόδου είτε φλεγμονής του δέρματος, όπως δοθιήνας, ψευδάνθρακας ιδιαίτερα αυτός του προσώπου, μικρά μολυσμένα τραύματα και παραμελημένα, φλεγμονώδεις υποδόριες ή όστικές έστιές, άπόστημα, όπως όξεία όστεομελίτιδα πού μπορεί νά είναι πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής (άπλή μεταστατική έστία) είτε ακόμα και βλεννογόνια φλεγμονώδης έστία. Σ'αυτή τήν τελευταία ή πύλη είσόδου μπορεί νά είναι στοματοφαρυγγική, περιγεννητική ή του ούροποιητικού συστήματος. 'Ιδιαίτερα εύνοϊκός παράγοντας τής διασποράς της είναι ο δ ι α β ή τ η ς, ο όποϊος πρέπει συστηματικά νά άναζητάται. 'Από κλινική άποψη οί σταφυλοκοκκικές σηψαιμίες χαρακτηρίζονται από τή μακρά εξέλιξή τους και από τήν έμφάνιση πολυάριθμων μεταστατικών έστιών (πνευμονικά άποστήματα, νεφρικά, περινεϊκά ή όστικά).

ΣΗΨΑΙΜΙΑ ΑΠΟ ΚΟΛΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΑ. 'Η μορφή αύτη είναι πιο σπάνια άπ'ότι ή κολοβακτηριδαιμία. Στήν αίτιολογία της άνευρίσκεται είτε έντερική έστία, όπως έντερίτιδα, όξεία σκωληκοειδίτιδα, είτε έστία στό ούροποιητικό, είτε τέλος φλεγμονώδης έστία τών χοληφόρων, όπως χολαγγειίτιδες κ.λ.π. Στήν όξεία μορφή της ή σηψαιμία αύτη δίνει εικόνα μέ ύ ψ η λ ό π υ ρ ε τ ό, δ ι ό γ κ ω σ η τ ο υ ή π α τ ο ς, ε κ τ ε ρ ο, α ι μ ο ρ ρ α γ ι κ ό σ ύ ν δ ρ ο μ ο. 'Η πρόγνωση της είναι καλύτερη από τίς άλλες όξεϊες μορφές.

ΣΗΨΑΙΜΙΕΣ ΑΠΟ ΑΝΑΕΡΟΒΙΑ ΜΙΚΡΟΒΙΑ. 'Η ομάδα αύτη σηψαιμιών κυριαρχείται από ά ν α ε ρ ό β ι α, δηλαδή τά μικρόβια τής σήψεως πού ζοϋν στή γή και σέ όλα τά όργανικά στοιχεία σέ κατάσταση άποσύνθεσης (κλωστηρίδιο του Welchí, κλωστηρίδιο τό οίδηματώδες κ.ά.). Είναι υπεύθυνα για βαριές τοξικές λοιμώξεις, όπου ή άπελευθέρωση τών τοξινών και ή άπορρόφηση τών προϊόντων λύσεως τών λευκωμάτων άποτελοϋν σημαντικό έπιβαρυντικό παράγοντα.

ΣΗΨΑΙΜΙΑ ΑΠΟ ΒΑΚΤΗΡΙΔΙΑ ΤΟΥ WELCHÍ. Αύτά καταλαμβάνουν μία θέση παρά τό γεγονός τής μικρής τωρινής συχνότητάς τους, αλλά και τών ήπατονεφρικών διαταραχών πού όφείλονται κυρίως σέ



μαζική αιμόλυση. Είναι άσυνήθιστη μορφή, άπότοκη φλεγμονώδους έστίας του πεπτικού ή του ούροποιητικού. Στη μεγαλύτερη όμως πλειονότητα των περιπτώσεων ή φλεγμονώδης έστία βρίσκεται στη μήτρα, έξαιτίας σηπτικής άμβλωσης με κατακράτηση του μολυσμένου πλακούντα. Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται τότε άπό τά άκόλουθα: 2 - 3 ήμέρες μετά την άμβλωση ύ ψ η λ ό ς π υ ρ ε τ ό ς 40° C, μέ ρ ί γ ο ς και έμφάνιση χαρακτηριστικού α ί μ ο λ υ τ ι κ ο ũ σ υ ν δ ρ ό μ ο υ. Τό βακτηρίδιο του Welchí έκκρίνει αιμολυσίνη πού καταστρέφει τά έρυθρά αίμοσφαίρια, γι' αυτό στό σύνδρομο ό ι κ τ ε ρ ο ς είναι έ ρ υ θ ρ ό ς και συνοδεύεται άπό κ υ ά ν ω σ η, έρυθρόμαυρη χροιά των ούρων, γεγονός πού σημαίνει ύπαρξη α ί μ ο σ φ α ι ρ ι ν α ι μ ί α ς και μαζικής α ί μ ο σ φ α ι ρ ι ν ο υ ρ ί α ς και φυσικά ή χροιά του όρου του αίματος είναι έρυθρή.

Η βαριά αυτή σηψαιμία ήταν άλλοτε θανατηφόρα, ή σημερινή όμως έξέλιξη της μέ τά άντιβιοτικά έπιτρέπει νά φθάσει την τρίτη έξελικτική φάση της πού χαρακτηρίζεται άπό ν ε φ ρ ι κ ή β λ ά β η. Η κατακρήμνιση της αίμοσφαιρίνης στά ούροφόρα σωληνάρια προκαλεϊ τή νεφρική βλάβη πού έκφράζεται μέ ά ν ο υ ρ ί α, ο ύ ρ α ι μ ί α, κ.λ.π. Πρόκειται για νεφρική βλάβη άνατάξιμη πού μπορεί νά θεραπευτεϊ. Οι σύγχρονες μέθοδες κάθαρσης έπιτρέπουν νά υπερπηδηθεϊ ή κριτική φάση της άνουρίας μέχρις ότου άποκατασταθεϊ ή νεφρική διήθηση.

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α.

Αυτή περιλαμβάνει άντιβιοθεραπεία, χειρουργική και συμπληρωματική. Η άντιβιοθεραπεία είναι πολυδύναμη και σε ίσχυρές δόσεις. Καταβάλλεται προσπάθεια νά χορηγοũνται τά κατάλληλα άντιβιοτικά μέ βάση τό άντιβιογράμμα άπό την αίμοκαλλιέργια.

Η χειρουργική θεραπεία μπορεί νά είναι άναγκαία όταν ή σηψαιμική κατάσταση έξακολουθεϊ ύφιστάμενη παρά την άντιβιοθεραπεία. Στίς μετεγχειρητικές μορφές πολλές φορές έπιβάλλεται έπανεπέμβαση για την άφαίρεση άκόμα του ύπόλογου για τή σηψαιμία όργάνου. Π.χ. μήτρα, αίμάτωμα διαπηθέν και πού παροχετεύθηκε άνεπαρκώς κ.λ.π.

Η συμπληρωματική θεραπεία (έπικουρική) περιλαμβάνει τή χορήγηση κορτικοειδών πού όμως ή ένδειξη τους είναι έξαι-



ρετικά περιορισμένη. Ἡ ανασοκατασταλτικὴ δράση τους, ἡ ἐπί-
δρασή τους στό δικτυοενδοθηλιακό σύστημα καί ἡ εὐνοϊκὴ τέλος
δράση τους στήν πρόκληση αἱμορραγιῶν ἀπό τό πεπτικό (στόμα-
χο-12λο), συχνῶν σέ τέτοιες περιπτώσεις, κάνουν τή χρήση
τους ἐξαιρετικά ἐπιφυλακτικὴ ἀν ὄχι καί ἐπικίνδυνη.

Ἡ ἀντιπηκτικὴ ἀγωγή μέ ἡπαρίνη δέν πρέπει νά καθυστε-
ρεῖ ὅταν ἔχει βεβαιωθεῖ διαγνωστικῶς ἡ ἀνάπτυξη θρομβοφλεβί-
τιδας.

Τέλος ἡ μετάγγιση αἵματος, πλάσματος καί ὑδροηλεκτρο-
λυτικῶν διαλυμάτων εἶναι ἀπαραίτητη γιά τή διατήρηση τῆς οἰ-
κονομίας τοῦ ὀργανισμοῦ.



1. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ

I. ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΩΝ.

Δυό τύποι έξωτερικής αιμορραγίας σχηματικά μπορούν νά διακριθούν: ή άρτηριακή αιμορραγία καί ή φλεβική, ή οποία εΐναι λιγότερο επικίνδυνη καί πιό εύκολα θεραπεύσιμη.

1. ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ.

Ή άρτηριακή αιμορραγία χαρακτηρίζεται από τήν έξοδο έρυθρού χρώματος αίματος σάν από πίδαμα σέ τραύμα τών μαλακών μορίων. Ή βαρύτητα τής αιμορραγίας ποικίλει, έξαρτάμενη από διάφορους παράγοντες όπως εΐναι:

Τό εΐδος καί ή έκταση τής τραυματικής άρτηριακής βλάβης, από τήν οποία καί ή άφθονη ή όχι αιμορραγία, τό μέγεθος τής άρτηρίας (διάμετρος) καί ή θέση του τραυματισμού. Πρέπει νά σημειωθεί ότι τραύμα σέ άρτηρία σημαντική προκαλεί διακοπή τής κυκλοφορίας περιφερικά τής βλάβης καί ίσχειμία τής άρδευόμενης από αύτή περιοχής. Άν δέν άποκατασταθεί σέ βραχύ χρονικό διάστημα ή κυκλοφορία, στίς 6 πρώτες ώρες από τόν τραυματισμό τής άρτηρίας, ύπάρχει πρόβλημα για τήν επιβίωση του άκρου, τουλάχιστο στό πέραν τής άρτηριακής βλάβης μέρος του.

Έτσι κάθε άρτηριακός τραυματισμός άποτελεΐ έπειγον περιστατικό καί ο τραυματίας πρέπει ταχύτατα νά οδηγείται σέ χειρουργικό κέντρο μετά από μιά πρόσκαιρη στόν τόπο του τραυματισμού αιμόσταση.

ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ ΚΥΡΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΜΕΛΟΥΣ. Όρισμένα νύσσοντα όργανα προκαλούν έμφανεΐς τραυματισμούς όπως μαχαΐρι, στυλέτο, τμήμα από γυαλί, ένώ τά βλήματα τών πυροβόλων όπλων προκαλούν κάτω από ένα μικρό φαινομενικά όμαλό τραύμα είσόδου, βλάβες από σύνθλιψη.

Τρεΐς διαφορετικές κλινικές εΐκόνες μπορεί νά παρατηρηθούν.

ΤΡΑΥΜΑ ΜΕ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΕΠΙΣΗΜΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ. Ή διάγνωση εΐναι προφανής.

Άπό μιά τραυματική επιφάνεια μέ ποικίλες διαστάσεις καί βάθος ρέει αίμα έρυθρό, άφθονο, σάν από πίδακα καί κατά ώσεις, συγχρονισμένες μέ τό σφυγμό. Ή αιμοδυναμική άσπίχηση τής αιμορραγίας εΐναι άνάλογη μέ τήν ταχύτητα καί τήν ποσότητα του αίματος πού χάνεται. Έτσι παρατηρείται ώχρότητα του προσώπου, ταχύς σφυγμός, πτώση τής άρτηριακής πιέσεως τής παχίπα καί βράχυνοση της



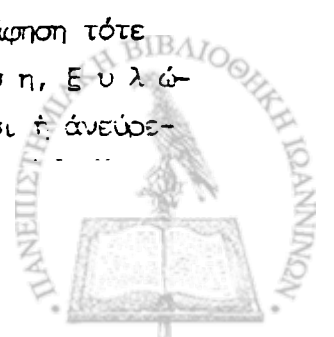
διαφορικῆς πίεσεως. Είναι εὐνόητο ὅτι ἐπιβάλλεται στίς περιπτώσεις αὐτές νά ἐξασφαλιστεῖ ἐπειγόντως ἡ πρόσκαιρη αἰμόσταση, πού μπορεῖ νά πραγματοποιηθεῖ: Μέ τήν πίεση διὰ τοῦ δακτύλου τοῦ ἄρτηριακοῦ κλάδου πού τραυματίστηκε ὀλίγο κεντρικώτερα καί ἐπί ἑνός ὄστου ἢ πολύ πιό κεντρικώτερα τῆς βλάβης στή ρίζα τοῦ ἄκρου.

Μέ τοπική πιεστική ἐπίδεση, μέ ἕναν ἐπίδεσμο.

Μέ τήν τοποθέτηση ἐλαστικῆς ἰσχαιμῆς ἐπίδεσης πού εἶναι μέσο ἐπασκῆς μέν ἀλλά ὅμως ἐπικίνδυνο ἄν δέν ἐφαρμόζεται μέ κανόνες μεγάλης ἀκριβείας. Πράγματι ἡ ἰσχαιμη ἐπίδεση ἐπιτυχάνει ἐπίσχεση τῆς αἱμορραγίας, ἀλλά ταυτόχρονα καί πλήρη ἰσχαιμία στήν περιοχὴ τοῦ ὑποκειμένου τῆς ἐπιδέσεως ἄκρου. Γι' αὐτό πρέπει ὁ ἰσχαιμος ἐπίδεσμος νά εἶναι πλατύς, ἐλαστικός καί νά ἔχει τοποθετηθεῖ μακριά ἀπὸ τῆ ρίζα τοῦ μέλους καί σέ περιοχὴ μέ ἕνα μόνο ὄστό (μῆρός, βραχίονας). Ἐπίσης δέν ἐπιτρέπεται νά ἀφήνεται στή θέση του περισσότερο ἀπὸ μία ὥς μιάμιση ὥρα καί γι' αὐτό πρέπει νά σημειώνεται ἡ ὥρα πού τοποθετήθηκε, ὅταν πρόκειται γιὰ διακομιδὴ τραυματία σέ μεγάλη ἀπόσταση. Κι ὅμως παρά τήν τήρηση τῶν κανόνων αὐτῶν ἡ ἰσχαιμη ἐπίδεση ἐξασφαλίζει νά παραμένει τό πιό κακὸ μέσο πρόσκαιρης αἰμόστασης μιᾶς ἄρτηριακῆς βλάβης. Τό βασικὸ μειονέκτημά της εἶναι ἡ βαριά μεταβολικὴ ὀξέωση ἀπὸ τήν ἰσχαιμία τῶν μυϊκῶν μαζῶν, πού ἀκολουθεῖ μετὰ τήν ἀφαίρεσή της. Ἡ ἐπάρκειά της ἄλλωστε δέν εἶναι πιό μεγάλη ἀπὸ ἐκείνη μιᾶς ἀπλῆς πιεστικῆς ἐπιδέσεως πού τοποθετήθηκε σωστά. Στίς ἀσυνήθιστες περιπτώσεις, πού ἡ τελευταία αὐτὴ ἐπίδεση δέν εἶναι πραγματοποιήσιμη (ρίζα τοῦ μέλους), ἡ δακτυλικὴ πίεση παραμένει ἡ μόνη σωστικὴ ἐνέργεια.

ΤΡΑΥΜΑΤΑ ΜΕ ΜΕΓΑΛΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ. Πρόκειται κυρίως γιὰ τραυματισμούς μέ ἐξωτερικὸ στόμιο μικρὸ καί στενὸ, μέ διαδρομὴ μακριά λεπτὴ καί τουλάχιστον ἐλικοειδῆ. Ὁ τραυματίας παραπονεῖται γιὰ ἔντονο ἄλγος, αἰσθηματάσεως στό βᾶθος, καί λειτουργικὴ ἀδυναμία τοῦ ὑποκειμένου τοῦ τραυματισμοῦ ἄκρου. Στὴν ἐξέταση τὸ αἱμάτωμα εἶναι συχνά ἐμφανέσ ἀφού εἶναι εὐμέγεθες, διάχυτο. Παρατηρεῖται στήν περιοχὴ τοῦ τραυματισμοῦ μεγάλη διόγκωση πού τείνει τὸ δέρμα καί πού ἀκίνητοποιεῖ τὸ ἄκρο σέ θέση τέτοια, ὥστε νά ἐπιτυχάνεται ἡ μέγιστη χαλάρωση. Στὴν ψηλάφηση, ἡ διόγκωση αὐτὴ πού δέν εἶναι εὐπίεστη, σφύζει καί οἱ ἀλύξεις της εἶναι σύγχρονες μέ τὸ σφυγμὸ. Ἡ ἀκρόαση ἐπιτρέπει κάποτε νά ἀκουστεῖ φύσημα.

Μερικὲς φορές τὸ αἱμάτωμα εἶναι περιγεγραμμένον καί βαθύ, ἀπομονούμενον ἀπὸ διάφορες ἀπνευρώσεις. Στὴν ψηλάφηση τότε γίνεται αἰσθητὸ σὺν βαθιὰ σκληρῇ διόγκωσιν, ξυλῶδης, χωρὶς νά σφύζει καί χωρὶς ἄσημα στήν ἀκρόαση. Ἔτσι τὸ ἀνεύρε-



ση σημείων περιφερικής ίσχαιμίας αποβαίνει πολύ χρήσιμη για τή διάγνωση τής αρτηριακής βλάβης. Τό Ισχαιμικό άκρο είναι έπώδυνο, άδύναμο, φαίνεται πελιδνό, κατά τόπους κυανωτικό και γρήγορα γίνεται οίδηματώδες. Είναι ψυχρό και τό άώτερο όριο τής ψυχρότητας δείχνει και τήν έκταση τής Ισχαιμικής περιοχής. Ό σφυγμός και οίταλαντώσεις έχουν σχεδόν πλήρως έξαφανιστεί. Άλγος, ώχροτητα, παράλυση και άναίσθησία, άπουσία σφύξεων άποτελούν τήν τετράδα του G r i f f i t h. Η μελέτη τής διαδρομής τής τραυματικής βλάβης έπιβεβαιώνει τή διάγνωση.

ΤΡΑΥΜΑΤΑ ΜΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΟΥΝΤΑ. Άσυνήθιστα τά τραύματα αυτά, δέν συνοδεύονται από έξωτερική αιμορραγία ούτε από αιμάτωμα. Έτσι κινδυνεύουν νά περάσουν άπαρατήρητα άν δέν έπισημανθεί και έξιολογηθεί ή σπουδαιότητα των διάχυτων άλγών και ή λειτουργική άδυναμία. Η διάγνωση είναι βέβαια δύσκολη. Όποσδήποτε ό έμπειρος έξεταστής θά σκεφτεί νά άναπαραστήσει τή διαδρομή του τραύματος, θά άναζητήσει σημεΐα ύποκειμένης ίσχαιμίας και τέλος θά διερευνήσει χειρουργικώς κάθε τραυματισμό των μαλακών μορίων, ύποπτο για συνυπάρχουσα αρτηριακή βλάβη.

Η προεγχειρητική διαγνωστική άρτηριογραφία άποκαλύπτει μέ βεβαιότητα τή διακοπή τής αρτηριακής κυκλοφορίας και προσδιορίζει μέ άκρίβεια τό σημείο τής βλάβης. Χωρίς θεραπεία μιá τέτοια βλάβη κινδυνεύει νά καταλήξει σέ νόθο άρτηριακό άνεύρυσμα (μετατραυματικό) και σέ ίσχαιμικές βλάβες τής ύποκειμένης του τραυματισμού περιοχής. Τονίζεται ότι σέ κάθε περίπτωση τραυματισμού, οποιαδήποτε κι άν είναι ή άκριβής κλινική εικόνα του, πρέπει νά σημειώνεται ή ώρα και οί σ υ ν θ ή κ ε ς του τραυματισμού, ή φύση του όργάνου πού τόν προκάλεσε, ό βαθμός τής σηπτικής ότητας του τραύματος. Επίσης νά άναζητούνται σημεΐα ίσχαιμίας περιφερικά του τραυματισμού και νά έκτιμάται ό άντίκτυπος τής αιμορραγίας στή γενική κατάσταση μέ τήν π ο ι ό τ η τ α και σ υ χ ν ό τ η τ α του σφυγμού και τό ύ ψ ο ς τής αρτηριακής πιέσεως. Τέλος στή χειρουργική διερεύνηση, πού πολλές φορές είναι άπαραίτητη, διαπιστώνεται ή συνύπαρξη ή άπουσία άλλων βλαβών, όπως τενόντων, νεύρων, φλεβών.

Παρόλο πού σέ τραυματική βλάβη περιφερικής άρτηρίας ή παράπλευρου κλάδου της μπορεί συχνά ή άπολίπωση του άγγείου νά έπισχέσει τήν αιμορραγία και χωρίς συνέπειες για τήν αιμάτωση περιφερικά του μέλους, όμως ή χειρουργική άποκατάσταση του τραυματισθέντος άγγείου, ιδιαίτερα άρτηριακού στελέχους, σέ περιοχές όπως ή ρίζα του άκρου ή σέ άλλες πού χαρακτηρίζονται "έπικίνδυνες" (φτωχή παράπλευρη κυκλοφορία), κρίνεται άπόλυτα άναγκαία αλλά και πραγματοποιήσιμη.



Ἡ παρεμβολή πολλές φορές αὐτόλογου φλεβικοῦ μοσχεύματος (μείζων σα-
φηνής) γεφυρώνει τό ἔλλειμμα καί ἡ ἀποκατάσταση τῆς κυκλοφορίας εἶναι
πλήρης.

Σέ τραυματισμούς τῶν ἀρτηριῶν: μ α σ χ α λ ι α ί α ς, κ ο ι ν ῆ ς
μ η ρ ι α ί α ς, ἑ π ι π ο λ ῆ ς μ η ρ ι α ί α ς, κ ο ι ν ῆ ς λ α -
γ ο ν ῖ ο υ, ἑ ξ ω λ α γ ο ν ῖ ο υ, β ρ α χ ι ο ν ῖ ο υ, ἱ γ ν υ α -
κ ῆ ς, κ ν η μ ι α ί α ς, ἀποκλείεται ἡ ἀπολίπωση. Εἶναι ἐπιβεβλημένη
ἀντίθετα ἡ χειρουργική ἀποκατάσταση.

2. ΦΛΕΒΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ.

Στό σύνολό της ἡ αἱμορραγία τοῦ εἴδους αὐτοῦ εἶναι λιγότερο βαριά
ἀπ' ὅ,τι στούς ἀρτηριακοῦς τραυματισμούς. Ἀ π λ ῆ π ι ε σ τ ι κ ῆ
ἐ π ἰ δ ε σ η ἀρκεῖ σχεδόν πάντοτε γιά νά σταματήσῃ ἡ αἱμορραγία, πού
ἄλλωστε συχνά γίνεται αὐτόματα ἀπό τό γεγονός τῆς χαμηλῆς πιέσεως τοῦ
φλεβικοῦ δικτύου. Δέν εἶναι τόσο ἐπικίνδυνες ὅσο ἀντίθετα οἱ προκαλού-
μενες σέ τραυματισμούς πολύ μεγάλων φλεβικῶν κλάδων, ὅπως οἱ κοῖτες
φλέβες, οἱ λαγόνιες, ἡ πυλαία οἱ μεγάλες φλέβες τοῦ μεσοθωρακίου
κ.λ.π.

Ἰδιαίτερα πρέπει νά ἀναφερθεῖ ἡ σοβαρή ἐπιπλοκή πού ἐπισυμβαίνει
στός τραυματικές βλάβες μεγάλων φλεβικῶν στελεχῶν τῆς βάσεως τοῦ τρα-
χήλου, οἱ ὁποῖες χ α ἰ ν ο υ ν μετὰ ἀπό διατομή τους καί πού εἶναι ἡ
ἐ μ β ο λ ῆ ἄ ἑ ρ α πού ἐκδηλώνεται τῆ στιγμῇ τοῦ τραυματισμοῦ μέ
ἀ ν α π ν ε υ σ τ ι κ ὸ σ υ ρ ι γ μ ὸ. Ἡ μαζική ἐμβολή ἀέρα προκαλεῖ
τήν ἐγκατάσταση χος μέ κ α τ α κ ρ ῆ μ ν ι σ η τ ῆ ς ἀ ρ τ η ρ ι -
α κ ῆ ς π ι ἑ σ ε ω ς, τήν ἐμφάνιση σ π α σ μ ῶ ν καί π α ρ ἄ λ υ -
σ η ς. Οἱ παθολογικές αὐτές ἐκδηλώσεις εἶναι συνήθως πρόσκαιρες, ἀλλά
μπορεῖ νά τίς διαδεχθεῖ κ ῶ μ α καί θ ἄ ν α τ ο ς. Στά ὄμρα, μέ ἐξαί-
ρεση τοῦς μεγάλους φλεβικούς κλάδους, ὅπως κοινή μηριαία, μασχалиαία,
ὅλες οἱ φλέβες μποροῦν νά ἀπολινωθοῦν. Ἡ χειρουργική ἀποκατάσταση μέ
ἀγγειορραφῆ ἀρεῖλει νά γίνεται στός φλέβες: μ η ρ ι α ί α, λ α γ ὸ -
ν ι α καί μ α σ χ α λ ι α ί α. Ἡ μετεγχειρητική θ ρ ὶ μ β ω σ η εἶναι
ἡ πιό πιθανή βαριά ἐπιπλοκή, ἐξαιτίας τῆς χαμηλῆς ταχύτητας κυκλοφορίας
τοῦ φλεβικοῦ αἵματος.

Ἰδιαίτερη μορφή φλεβικῆς αἱμορραγίας εἶναι ἡ προκαλούμενη ἀπό
ρ ῆ ξ η ἰδιοπαθῶν κισῶν τοῦ κάτω ὄμρου. Ἡ τοπική πίεση, ὀκῶμα καί
ἡ ἀπλή ἀνύψωση τοῦ ὄμρου, ἀρκοῦν γιά νά σταματήσῃ ἡ αἱμορραγία. Ὁ
ἐλαστικός ἐπίδεσμος πού πολύ συχνά κ α κ ῶ ς ἐφαρμόζεται εἶναι ὄχι μό-
νον ἄ χ ρ η σ τ ο ς ἀλλά καί ἐ π ι κ ἰ ν δ υ ν ο ς.

Τέλος στόν τράχηλο ἡ ἑσω σφαγίτιδα φλέβα μπορεῖ νά ἀπολινωθεῖ ἂν
ἡ ἀντίστοιχος τῆς ἄλλης πλευρᾶς εἶναι ἄσθητη, διαφορετικά πρέπει νά



ἀποκατασταθεῖ μέ ἀγγειορραγῆ.

II. ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΕΣΩΠΕΡΙΚΩΝ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΩΝ.

Ἡ ἐσωτερικὴ αἱμορραγία εἶναι ἀπώλεια αἵματος πού δέν ἐξωτερικεύεται, εἴτε γιὰτὶ προκαλεῖται μέσα σέ κλειστὴ κοιλότητα, ὅπως εἶναι ἡ περιτοναϊκὴ (αἱμοπεριτόναιο), ἡ ὑπεζωκοτικὴ κοιλότητα (αἱμοθώρακας), εἴτε γιὰτὶ δέν ἔχει ἀκόμα ἐξωτερικευτεῖ, ὅπως σέ αἱμορραγίες στὸν πεπτικὸ σωλήνα (ἔλκος, αἱμορραγία ἀπὸ ρήξη κιστῶν τοῦ οἰσοβάγου κ.λ.π.).

Στὶς δύο αὐτὲς αἰτιολογικὲς κατηγορίες μπορεῖ νά προστεθεῖ καὶ ἡ ἐσωτερικὴ αἱμορραγία, βασικὴ αἰτία τοῦ ἔσος τῶν τραυματιῶν, πού συμβαίνει σέ κάταγμα τῆς διαφύσεως τοῦ μηριαίου ὀστοῦ, τῆς λεκάνης κ.λ.π. καὶ πού συνεπάγεται τὴν ἀνάπτυξη μεγάλου αἱματώματος, ἀφειλόμενου στὴν ἔκχυση 800 - 1500 ml αἵματος, καὶ μερικὲς φορές ἀκόμα περισσότερου.

Ἔτσι ὁποιαδήποτε κι ἂν εἶναι ἡ προέλευση καὶ ἡ ἔδρα τῆς ἀπώλειας τοῦ αἵματος, οἱ ἀμεσες φυσιολογικὲς συνέπειες εἶναι ὁμοιόμορφες: ἡ ἐσωτερικὴ αἱμορραγία προκαλεῖ πτώση τοῦ ὀγκοῦ τοῦ κυκλοφοροῦντος αἵματος. Ἔτσι ἡ κλινικὴ ἔκφραση εἶναι τόσο πιὸ ἐμφανὴς ὅσο ἡ ἀπώλεια τοῦ αἵματος ἀφθονη καὶ ταχεία.

Στὴν κλινικὴ εἰκόνα σχηματικῶς τρεῖς τύποι ἐσωτερικῆς αἱμορραγίας μπορεῖ νά διαχωριστοῦν:

1. Η ΣΦΟΔΡΗ ΚΑΙ ΜΕΓΑΛΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ (ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΕΝ ΛΕΥΚΩ). Ἡ ἀφοδρότητα τέτοιας αἱμορραγίας μέσα σέ μερικὰ λεπτὰ καταλήγει σὸ θάνατο, ἀπὸ διακοπὴ τῆς καρδιακῆς λειτουργίας, ἐνδεχόμενον εὐτυχῶς σπάνιον. Ἡ ρήξη ἀνευρύσματος τῆς θωρακικῆς μοίρας τῆς ἀορτῆς εἶναι ἓνα τέτοιο παράδειγμα, ὅπου ἐκδηλώνεται σφοδρὸ ἀλγος στὸ θώρακα, πλάγια καὶ δίπλα στὴ σπονδυλικὴ στήλη, ἐντονὴ ἀνησυχία καὶ κοίχη πού ταχύτατα ἀκολουθεῖται ἀπὸ βαρὺ collapsus (ἀρτηριακὴ πίεση κατακρημνισμένη, σφυγμὸς νηματοειδής) καὶ στὴ συνέχεια συγκοπτικὴ κατάσταση μέ πλήρη ἀπώλειαν τῆς συνειδήσεως καὶ διακοπὴ τῆς καρδιακῆς λειτουργίας ἀπὸ μαρμαρυγὴ, πού προκαλεῖται ἀπὸ διακοπὴ τῆς ἀρδεύσεως τοῦ μυοκαρδίου ἀπὸ τὰ στεφανιαῖα ἀγγεῖα.

2. Η ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΗ ΜΕΓΑΛΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ. Αὕτη μπορεῖ νά ἀφείλεται στὴ ρήξη π.χ. ἐξωμητρίου κυήσεως ἢ στὴ ρήξη τοῦ σπλήνα ἢ καὶ ἄλλου συμπαγοῦς ὀργάνου (ἢ πατος, νεφροῦ).

Στὴν κλινικὴ εἰκόνα παρατηροῦνται τὰ ἀκόλουθα:

Ἡ ἄψη τοῦ ἀσθενοῦς, πού ὑποδηλώνει ἐσωτερικὴ αἱμορραγία ἀπὸ τὴν



χαρακτηριστική ώ χ ρ ό τ η τ α, πού είναι καί τό πρωταρχικό σημεῖο, ώ χ ρ ό τ η τ α κ η ρ ώ δ η ς τοῦ προσώπου, τῶν χειλέων, τῶν βλεννογόνων. Οἱ ἐπιπεφυκότες εἶναι λευκοί καί πλήρως ἀποχρωματισμένοι. Τά ἀκρά εἶναι ψυχρά (χέρια, πόδια) ἢ μύτη εἶναι ὀξεία καί τό ἀκρορρίνιο ψυχρό. Ψυχροί ἰδρωτές λούζουν τόν ἀσθενή καί ἡ ἀναπνοή του εἶναι ταχεῖα κι ἐπιπόλαια. Πολλές φορές ἀνήσυχος, παραπινεῖται γιά θάμπωμα τῶν ὀφθαλμῶν, γιά ἰλίγγους, πού ἐπιτείνονται μέ τήν παραμικρή προσπάθεια, γιά τάση λιποθυμίας καί συγκοπής, βούϊσμαστά αὐτιά, ἐντονη δίψα καί αἰσθησιέντονου ψύχους.

Τά γενικά σημεῖα εἶναι ἀκόμα πιό χαρακτηριστικά. Ὁ ἀρρυθμὸς εἶναι πολύ ταχύς, 140 - 160/πίντ, μικρός, καί στή συνέχεια νηματοειδής, δύσκολος στήν ψηλάφηση, ἐπιταχυνόμενος καί ἐξασθενούμενος ἀκόμα πιό πολύ μέ τήν παραμικρή προσπάθεια. Ἡ παρακολούθηση τοῦ ἀρρυθμοῦ, πού ἔχει μεγάλη διαγνωστική ἀξία, ἀντιπροσπεύει ἐπίσης στοιχεῖο γιά τήν ἐντατική παρακολούθηση, πρωταρχικῆς σημασίας.

Ἡ ἄρτηριακή πίεση εἶναι χαμηλή. Ἡ πτώση της ἀφορᾷ κυρίως στή μακίμα καί λιγότερο στή πιλίμα. Ἐτσι προκύπτει βράχυνη τῆς διαφορικῆς πιέσεως, στοιχεῖο πού ἔχει μεγάλη προγνωστική ἀξία.

Ἡ πτώση τῆς φλεβικῆς πιέσεως παριστάνει τήν πρώτη ἐκδήλωση τῆς ἐλαττώσεως τοῦ ὄγκου τοῦ κυκλοφοροῦντος αἵματος (ὕποογκαμία), ἀκόμα πρὶν ἀπὸ τήν πτώση τῆς ἄρτηριακῆς πιέσεως. Ὅμως σέ ἰδιαίτερα ἐπείγουσες καταστάσεις, ἡ μέτρησή της δέν εἶναι καί τόσο πρόσφορη, παρά τήν ἀπλότητά της, γεγονός πού περιορίζει τή χρήση της, τουλάχιστον ἐκτός νοσοκομειακοῦ χώρου. Ἡ θερμοκρασία συχνά εἶναι ἐντελῶς φυσιολογική δηλαδή 36,5° - 36,8° C. Αὐτή ἡ βαριά κλινική εἰκόνα ἐπιβάλλει ταχύτητα καί πλήρη γενική ἐξέταση. Ἐτσι πρέπει νά διερευνηθεῖ ἡ πιθανότητα κοιλιακοῦ ἢ θωρακικοῦ τραυματισμοῦ, τό ἀναμνηστικό τοῦ ἀσθενοῦς, ἰδιαίτερα σέ ὅ,τι ἀφορᾷ στό πεπτικό σύστημα, διαταραχές γεννητικῆς λειτουργίας στή γυναίκα (διαταραχές τῆς ἐμμήνου ρύσεως, ἐγκυμοσύνη κ.λ.π.).

Ἡ φυσική ἐξέταση τοῦ θώρακα καί τῆς κοιλίας εἶναι ἀπαραίτητη. Ἡ δοκτυλική ἐξέταση τοῦ ἀσθενοῦς ἀπὸ τό ὀρθό καί ἀπὸ τόν κόλπιο δέν μπορεῖ νά παραλείπεται. Πόνοσ στή δοκτυλική αὐτή ἐξέταση πολὺ συχνά ἐρμηνεύει ἐρεθισμό τοῦ δουλγασεῖου ἀπὸ τή συλλογή αἵματος σ'αὐτόν.

Ἡ ἐξέταση τοῦ ἀσθενοῦς θά συμπληρωθεῖ μέ τή λήψη αἵματος γιά τόν καθορισμό τῆς ομάδας του καί τοῦ παράγοντα Rhesus, τή μέτρησή του



αιματοκρίτη και την άριθμηση των έρυθρων αιμοσφαιρίων.

3. ΜΙΚΡΗ ΑΛΛΑ ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ. 'Η υποογκαιμία δέν μπορεί νά έκδηλωθεϊ σέ τέτοια περίπτωση, γιατί ο οργανισμός μέ τίς δυνατότητες άναπληρώσεως πού διαθέτει, άποκαθιστάει τή μάζα του κυκλοφορούντος αίματος. Τοúτο έπιτυγχάνεται μέ τή μετ ακί νη σ η έξωκυτταρίου ύγρου μέσα στα άγγεία. 'Αν τά ύγρά στοιχεία του πλάσματος έχουν άποκατασταθεϊ ταχέως, ή μάζα των έρυθρων δέν άποκαθίσταται παρά πολύ πιό άργά κι έτσι έκδηλώνεται ή άναιμία. 'Ο αιματοκρίτης τότε είναι παθολογικά χαμηλόσ όπως και ο άριθμός των έρυθρων αιμοσφαιρίων. 'Ο άσθενής είναι ώ χ ρ ό ς, κ ο υ ρ ά ς ε τ α ι και λαχανιάζει στην παραμικρή προσπάθεια, αλλά ο σφυγμός και ή άρτηριακή πίεσή του είναι πολύ συχνά μέσα στα φυσιολογικά όρια. 'Η ώ χ ρ ό τ η τ α παραμένει έδω τό μόνο βασικό και σημαντικό κλινικό σημεϊο. 'Ετσι πρέπει νά άναζητηθεϊ ή αίτία τής αιμορραγίας, πού συχνά άφείλεται σέ βλάβη του πεπτικού σωλήνα. 'Οχι σπάνια οι τυφλέσ αυτές αιμορραγίες δέν μπορεί νά άποκαλυφθούν παρά μόνο μέ τήν άναζήτηση Ηβ στα κόπρανα (άντίδραση Mayer).

Τελικά πρέπει νά τονιστεϊ ότι πράγματι είναι τεχνητός ο σχεδιασμός των τριών κλινικών μορφών έσωτερικής αιμορραγίας πού περιγράφονται, άφου συχνά ύπάρχουν ένδιάμεσες μορφές.

Κ Υ Ρ Ι Ε Σ Α Ι Τ Ι Ε Σ Ε Σ Ω Τ Ε Ρ Ι Κ Η Σ Α Ι Μ Ο Ρ Ρ Α Γ Ι Α Σ

1. ΕΣΩΠΕΡΙΚΕΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ: Αύτες μπορεί νά συμβούν ύστερα από ρήξη κοίλου ή συμπαγούς σπλάγχνου τής κοιλιάς (σπλήνας, ήπαρ, έντερο, μεσεντέριο) όπως και όπισθοπεριτοναϊκού (νεφρός, άρτη). Είναι πολύ συχνές σέ τροχαϊα και έργατικά άτυχήματα, όπου οι κλειστές κοκώσεις τής κοιλιάς καλύπτουν σημαντικό ποσοστό των τραυματικών κοκώσεων.

'Επίσης έπισυμβαίνουν σέ συνθλιπτικές κοκώσεις του θώρακα, όποτε συχνά προκαλεϊται πνευμονοθώρακας αλλά και αιμοθώρακας. Τά δυνητικά αίτια είναι τραυματισμός μεσοπλευρίου άρτηρίας ή τής έσω μαστικής από κάταγμα πλευράς, είτε τραυματισμός του πνεύμονα ή άγγείου των πνευμονικών πυλών.

Αίμομεσοθώρακιο, έσωτερική αιμορραγία στό μεσοθώρακιο, άρκετά σπάνιο, μπορεί νά προκληθεϊ από τραυματικά ή παθολογικά αίτια και άφορά στή θωρακική άρτη ή σέ κλάδους τής.

Τραυματικής αίτιολογίας αιμορραγία, άπότοκος κοκώσεως τής καρδιάς, είναι τό αίμοπερικάρδιο (άξροιση αίματος στόν περικαρδιακό



σάκιο). Ἡ κλινικὴ εἰκόνα σ' αὐτὸ εἶναι ἀρκετὰ διαφορετικὴ ἀπὸ τὴν ἀντίστοιχη τῶν ἄλλων μορῶν ἐσωτερικῆς αἱμορραγίας, γιὰ τὴ σημειολογία τῆς καλύπτεται συχνὰ ἀπὸ τὰ σημεῖα συμπίεσως τῆς καρδίας.

Ἐσωτερικὲς αἱμορραγίαις μπορεῖ νὰ προκληθοῦν ὄχι μόνον στὶς κλειστὲς κοιλίαις τοῦ θώρακος, ἀλλὰ καὶ σὲ ἀνοικτὰ τραύματα αὐτῶν μὲ μικρὴ πύλη εἰσόδου. Ὅχι σπάνια προκαλεῖται πολὺ μικρὴ ἐξωτερικὴ αἱμορραγία καὶ ἀντίθετα μεγάλη ἐσωτερικὴ.

Τέλος οἱ τραυματισμοὶ τῶν ὀστέων καὶ τῆς λεκάνης, μὲ κλειστὰ ἀντίστοιχα κατάγματα, προκαλοῦν αἱμορραγίαις στοὺς μεσομυϊκοὺς χώρους καὶ τὸν ὑποδόριο ἰστό, ὅποτε προκαλοῦν αὐθεντικὰ βαρῖα σύνδρομα ἐσωτερικῆς αἱμορραγίας, πού ὅλα μαζί μποροῦν νὰ συμπεριληφθοῦν σὲ τ ρ α υ - μ α τ ι κ ὸ ς η ο ς .

2. ΑΥΤΟΜΑΤΕΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΕΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ. Στὴ γυναίκα ἡ συχνότερη αἰτία εἶναι ἡ ρήξη ἐξωμητρίου κυήσεως, πού πρέπει νὰ λαμβάνεται ὑπόψη ἰδιαίτερα ὅταν ἀφορᾷ σὲ νέα γυναίκα.

Ἄλλα αἰτία, πῶς σπάνια ὅμως, εἶναι αἰμοπεριτόναιο ἀπὸ ρήξη αἱμορραγικῆς κύστεως τῆς ὠοθήκης, ρήξη ἐπιπολῆς φλέβας ὑποορογονίου ἰναμώματος ἢ ὠοθηκοσαλπυγγικῶν κιστῶν.

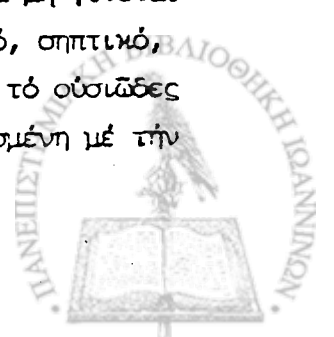
Ὅμως καὶ στὰ δύο φύλα οἱ αἱμορραγίαις τοῦ πεπτικοῦ συστήματος εἶναι πού ἀντιπροσωπεύουν τίς πῶς συχνές αἰτίαις, ὅπως αἱμορραγίαις γαστροδωδεκαδακτυλικοῦ ἔλκους, ἀπὸ ρήξη κιστῶν τοῦ οἰσοράγου σὲ πωλαία ὑπέρταση, αἱμορραγικὲς γαστρίτιδες, ρήξη ἀγγειωματᾶδους ὄγκου τοῦ ἥπατος, ρήξη ἀνευρύσματος τῆς σπληνικῆς ἀρτηρίας κ.λ.π.

2. Τ Ρ Α Υ Μ Α Τ Ι Κ Ο ς Η Ο ς

Καθορίζεται μὲ τὸν ὄρο αὐτὸ ἡ κατάσταση τοῦ ὀργανισμοῦ, ὕστερα ἀπὸ ἔντονη τραυματικὴ βλάβη μὲ αμοδρὴ ἔναρξη καὶ ὅπου πρωτανεύουν τὰ σημεῖα τῆς κ υ κ λ ο φ ο ρ ι α κ ῆ ς ἀ ν ε π α ρ κ ε ἰ α ς . Ἡ κατάσταση αὐτὴ πολλὰς φορὲς γρήγορα γίνεται μὴ ἀνατάξιμη καὶ ἐπιφέρει τὸ θάνατο, ἂν δὲν ἀντιμετωπιστεῖ θεραπευτικῶς π ο λ ὺ π ρ ῶ ῖ μ α . Ὅσο-δήποτε ὀρθὴ καὶ ἂν εἶναι ἡ θεραπευτικὴ ἀγωγή, ἀποδεικνύεται ἀνεπαρκὴς ὅταν ἐφαρμόζεται καθυστερημένα.

Ι. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ.

Ὅποιαδήποτε καὶ ἂν εἶναι ἡ βλαπτικὴ αἰτία, ἡ τάση νὰ μὴ γίνεταί αἰτιολογικὴ διάκριση στὶς διάφορες μορφές ς η ο ς (τραυματικὸ, σππτικὸ, μετεγχειρητικὸ, κ.λ.π.) δικαιολογεῖται ἀπὸ τὸ γεγονός ὅτι τὸ οὐσιώδες στοιχεῖο τοῦ ς η ο ς εἶναι ἡ κυκλοφοριακὴ ἀνεπάρκεια συνυφασμένη μὲ τὴν



πιό συχνή σημαντική αίτια πού είναι ή αιμορραγία.

1. ΕΛΑΤΤΩΣΗ ΤΟΥ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΟΣ ΑΙΜΑΤΟΣ. Ό όγκος του κυκλοφορούντος αίματος είναι φυσιολογικά 70 ml/Kg σωματικού βάρους. Τό στος άρχίζει νά έγκαθίσταται όταν ή έκπιτωση αυτού άνέρχεται σέ 15%, ένώ είναι βαρύ όταν αυτή πλησιάζει τό 38%.

Δυό βασικές αίτίες στην έλάττωση του κυκλοφορούντος αίματος πρέπει νά διακριθούν:

α) Η ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ: Πού σημαίνει άπώλεια πλάσματος και έρυθρών αιμοσφαιρίων και την όποία ό οργανισμός προσπαθεί νά άνοπληρώσει με τή μετακίνηση υγρού από τόν ένδιάμεσο χώρο πρós τόν άγγειακό. Τούτο άφορά στην πρωταρχικής σημασίας πλήρωση του άγγειακού χώρου, άνεξάρτητα από τό γεγονός ότι ή μετακίνηση των υγρών αυτών προκαλεί τελικά αιμοραγία.

β) Η ΑΠΩΛΕΙΑ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ, όπως σέ έκτεταμένα έγκαύματα, ένώ τά έρυθρά μένουν έντός των άγγείων, όπότε άνοπτύσσεται αιμοσυμπύκνωση.

Όποσδήποτε ή έλάττωση της μάζας του αίματος προκαλεί ύπόταση.

2. Η ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΣΥΣΤΟΛΗ. Αύτή είναι πάντοτε σχεδόν σταθερό φαινόμενο, πού έχει σαν σκοπό την πλήρωση του άγγειακού συστήματος και τή διατήρηση σταθερής της άρτηριακής πιέσεως. Όμως δέν έπιτυγχάνει παρά πρόσκαιρα γιατί τελικά μειώνεται ή παροχή αίματος, διατείνονται τά τριχοειδή και άναπόφρευτα προκαλείται στάση. Έτσι τριχοειδική στάση και μείωση της παροχής αίματος μειώνουν την προσφορά όξυγόνου από όπου και ή άνοξία με όλες τις σοβαρές έπιπτώσεις της στο μεταβολισμό (όξέωση). Αύτή ή τελευταία (άνοξία) αύξάνει τή διαβατότητα και τή διάταση του τοιχώματος των τριχοειδών άκόμα περισσότερο, συνοδεύεται με κατακράτηση CO₂ και φυσικά αύξάνει τοπικά έπί πλέον την όξύτητα. Με τή σειρά της ή αύξημένη διαβατότητα μαζί με τή διάταση των τριχοειδών αύξάνει όχι μόνο τή στάση αλλά και την πλάσματική έξοδος. Έτσι συντίθεται ό κλασσικός φαύλος κύκλος πού περιγράφηκε από τόν Μοοσεκι όπου τό αίτιατό έπιδεικνύει τό αίτιο και αντίστροφα.

Όρισμένα όργανα ύπαφέρουν ιδιαίτερα από την κατάσταση αυτή.

Έτσι:

Ό νεφρός με την άντανταστική άγγειοσύσπαση ύπολειτοουργεί, άφου μειώνεται ή παροχή αίματος, με άποτέλεσμα της ύπολειτουργικότητάς του την όλιγοουρία ή και άνοουρία. Η παράταση των συνθηκών αυτών οδηγεί στην σωληναριακή νεφρίτιδα με έπαιόλουθα την άνοουρία, ούραιμία κ.λ.π.

Ό έγκεφαλος με την άνοξία εύθύνεται για τις διαταραχές



της συνειδήσεως, και τη λοιπή νευρολογική σημειολογία. Είναι γνωστή η ταχεία βλάβη του θαλάμου και του εδάφους της τρίτης κοι-
λίας. Για άνοξία που διαρκετοί οργανικές
βλάβες είναι οριστικές και που εύθύνον-
ται για την απόληξη του choc σε μή ανα-
τάξιμο.

Η καρδία είναι παραδόξως τό όργανο που προσβάλλεται λιγότερο και
η λειτουργία του μυοκαρδίου εκτός από τυχόν προηγούμενη προδιάθεση,
είναι επαρκής επί μακρό χρονικό διάστημα.

3. Σ'αυτούς τούς παράγοντες, άγγειοκινητικούς και έξωεπιφρενικούς,
πρέπει να προστεθούν και οι χυμικές αντίδρασεις, από
την ύποφυση με την υπερέκκριση κορτικοστεροειδών του
φλοιού των επινεφριδίων, που είναι δυνατόν να καταλήξει σε έξάντληση
αυτών, την υπερέκκριση άσχηκά άδρεναλίνης και
σύσπαση των αιματοποθηκων όπως ο σπλήνας.

Είναι καλώς έμφανές ότι η κυκλοφοριακή αυτή ανεπάρκεια, παρά την
αυτόματα κινητοποίηση των μηχανισμών αναπληρώσεως, πολύ πρόσκαιρα μπο-
ρει να αντιμετωπισθεί, και που τελικά οδηγεί στο θάνατο σε άπουσία πλή-
ρους πρώιμης και έντατικής θεραπείας.

II. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΙΚΟΝΕΣ. Άδρά μπορεί να διακριθούν δυό βασικές κλινικές
είκόνες. Η του πρώιμου, δυσνητικού, πρωτοπαθοϋς
άλλα και άνατάξιμου choc και η του βέβαιου, δευτε-
ροπαθοϋς και μή άνατάξιμου.

Στην πρώτη περίπτωση ο τραυματίας έχει λίγο αιμορραγήσει και τά
κλινικά σημετα του choc αναφαίνονται σιγά σιγά σε μερικές ώρες. Πρόκει-
ται για μία περίοδο τυρή (τή φάση άναπληρώσεως και ά-
μυνας), στην οποία άρχίζει ο μηχανισμός του και που χωρίς θεραπεία
μπορεί να έξελιχθεί στο επίσημο choc. Στη δεύτερη περίπτωση, πιο άργά
ή όχι, σπάνια εύθς από την άρχή (βαρύ choc), η οργανική ανεπάρκεια εί-
ναι τονισμένη, γεγονός άφειλόμένο στη βαρύτητα των κονώσεων και τη με-
γάλη αιμορραγία.

1. ΤΟ ΔΥΝΗΤΙΚΟ CHOC. Φέρεται και με άλλες όνομασίες όπως άντανταλαστι-
κό (νευρογενές) για τούς Άμερικανούς συγγραφείς, άγγει-
κό Collapsus των Γάλλων, που προκαλείται από έντονη συγκί-
νηση, πόνο ή αιμορραγία. Έμφράζεται με: ώχροτητα, άγωνία,
σύγχυση ή θόλωση της διανοίας, ταχυκαρ-
δία. Μερικές φορές υπάρχει φευγαλέα υπέρταση. Η άρτηριακή πίεση
όμως είναι κατά κανόνα άσταθής. Με την άνύμωση της κεφαλής ή
του κορμού (δοκιμασία Tilt) κατέρχεται, γεγονός που μαρτυρεί



τήν άστάθεια αλλά και τή μόλις αντίρροπή της.

Όρισμένες αίτιολογικές συνθήκες καθιστούν πιθανή τήν εξέλιξη του στό βεβαιωμένο σhoc. Έτσι στή φύση του τραυματισμού πρέπει νά δι-
ρευνηθεϊ: ή σφoδρότητα του (βαρύς τραυματισμός, άτύχημα
έργατικό ή οδικό), ή φύση των βλαβών π.χ. άνοιχτό κάταγμα
της κνήμης, κάταγμα της κοτύλης, κλειστό κάταγμα του μηρού ή της λεκά-
νης, ή έννοια της θλάσεως του θώρακα ή σύνθλιψη των μυών ή τό μέγεθος
της αιμορραγίας, ή βίαιη αντίδραση άερίων από έκρηξη ή πιθανή καταπλά-
κωση (crush syndrom). Πρέπει ακόμα στή διερεύνηση νά στραφεϊ ή προσο-
χή στήν έκτίμηση της γενικής καταστάσεως
του τραματία πριν από τόν τραυματισμό (κόπωση, δίψα, πεί-
να, ψύξη, συγκίνηση), αλλά και εκείνης μετά 1 ως 2 ώρες
από τόν τραυματισμό.

Έτσι τά χρονικά περιθώρια για τήν άνάληψη προληπτικής άνανηπι-
κής άγωγής είναι άσφαλή. Τονίζεται ιδιαίτερα ότι τό σhoc πρέπει νά
προβλεπεται και νά προλαμβάνεται με τήν έγ-
καιρη θεραπευτική τακτική.

2. ΤΟ ΕΓΚΑΤΕΣΤΗΜΕΝΟ ΣHOC. Η έπισκόπηση του τραματία και μόνο έπιτρέ-
πει πολλές φορές τή διάγνωση. Έτσι φαίνεται ώχροός, ένω ή ώχροτή-
τα προσώπου και άκρων έντυπωσιάζει. Πολλές φορές είναι άδιάφο-
ρος, καταβεβλημένος, μέ θόλωση της διανοίας ή αντίθετα
άνήσυχος, άγωνιώδης και λαμιά φορά έπιθετικός.
Έκτός από τίς έμφανεϊς βλάβες, όπως κατάγματα, πρέπει νά άναζητηθούν
κυκλοφορική άνεπάρκεια, σημεϊα νευροεγκεφαλικά καθώς και βιολογικές δια-
ταραχές.

Έτσι σε κυκλοφορική άνεπάρκεια θά άνευρεθεϊ ώχροότητα
ιδιαίτερα του προσώπου (κλασσική όψη παλαιός περγαμηνής), κυάνω-
ση των χειλέων και των δακτύλων των άκρων,
ώχροτητα των βλεννογόνων και των έπιπε-
φυκότων, ψυχρά άκρα, άφθονοι ιδρώτες κολ-
λώδεις, χήναιο δέρμα. Η κεντρική θερμοκρασία είναι συχνά
χαμηλή, ένω στά παιδιά αντίθετα συνυπάρχει ώχροτητα και
υπερθερμία. Ο σφυγμός είναι μικρός, ταχύς, νη-
ματοειδής, άνώματος, εύπίεστος. Σημεϊο πρωταρ-
χικής σημασίας ο άνώματος σφυγμός. Η άρτηριακή πίεση πέ-
φτει κάτω από τά 90 mm. Hg. Η διαφορική πίεση βραχύνεται
από τή σχετική άνοδο της πίλιμα.

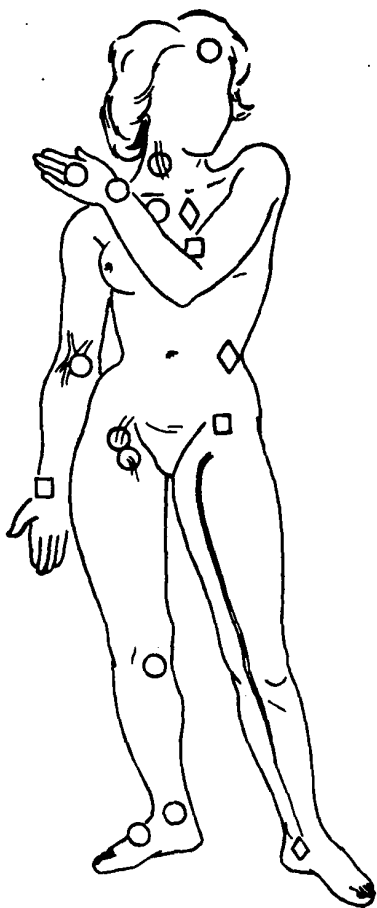
Όταν ή άρτηριακή πίεση είναι γύρω στό 80 mm. Hg. ή έκπτωση
της κυκλοφορίας είναι της τάξεως των 25 - 40%, ένω για άρτηριακή πίεση



χαμηλότερη τῶν 60 ππ. Hg. ἡ ἔκπτωση περνᾷ τὰ 40%. Τὸ κριτικὸ σημεῖο εἶναι ἡ πίεση τῶν 80 ππ. Hg. Νευροεγκεφαλικά σημεῖα εἶναι ἡ ἐπαφή μετὸ περιβάλλον, ἡ ἡρεμία μέχρι ἀπάθειας, ἡ ἀνησυχία, ἡ ὑπαισθησιὰ τοῦ δέρματος, ἡ μείωσις τῶν φυσιολογικῶν ἀντανεκλαστικῶν, ἡ ὑπαρξὴ ἀντανεκλαστικοῦ Babinsky, οἱ διαταραχὲς τῆς ἀναπνοῆς.

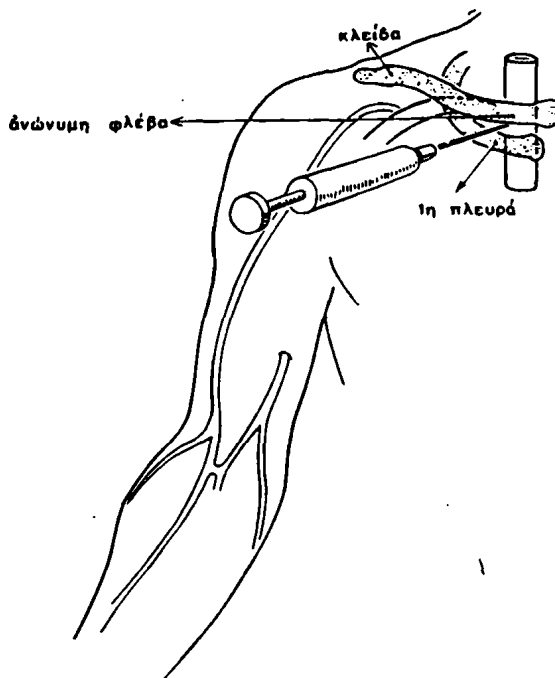
Ἡ ἔκκρισις τῶν οὔρων μειώνεται. Ἀναφαίνεται ὀλιγουρία στὶς περιπτώσεις πού ἡ ἀρτηριακὴ πίεση κατέρχεται στὰ 80 ππ. Hg., καὶ πρακτικῶς ἀνοουρία ὅταν ἡ πίεση φθάσει στὰ 60 ππ. Hg.

Ἀπὸ τίς βιολογικὰς διαταραχὰς σημειώνεται αἰματοκρίτης αὐξημένος (55 - 60%), πολυερυθραιμία, λευκοκυττάρωσις μετὰ πολυμορφοπυρήνωσις. Τὸ Cl τοῦ αἵματος εἶναι σημαντικὰ χαμηλό, ἐνῶ τὸ K ἀντίθετα αὐξημένο. Μείωσις τῆς ἀλκαλικῆς παρακαταθήκης καὶ πτώσις τοῦ pH, πού μαρτυροῦν μεταβολικὴ ὀξέωσις. Ἡ οὔρια καὶ τὸ σάκχος βρίσκονται αὐξημένα. Τὰ λευκώματα εἶναι ἔντονα μειωμένα. (Σχ. 1)



Σχ. 1. Θέσεις φλεβῶν πού προσφέρονται γιὰ ἐνδοφλέβια χορήγησις ὑγρῶν.





Σχ. 2. Παρακέντηση υποκλείδιας φλέβας.

3. ΤΟ ΜΗ ΑΝΑΤΑΣΙΜΟ ΣΗΟΣ. Στή μορφή αυτή του σηος μερικά κλινικά σημεία δείχνουν την κακή πρόγνωση. Έτσι παρατηρείται άπ ά θ ε ι α την οποία ακολουθεί π λ ή ρ η ς ά π ώ λ ε ι α της συνειδήσεως και μ υ δ ρ ί α σ η. Ο σφυγμός είναι ά ψ η λ ά φ η τ ο ς, ή π τ ώ σ η της πιέσεως κάτω των 60 mm. Hg., ή ά ν α π ν ο ή έ π ι π ό λ α ι α και μέ παύλες.

Η πρόγνωση θα βασιστεί στην αντίσταση του σηος στη θεραπευτική άγωγή και θα κριθεί από την ταχύτητα και σταθερότητα της βελτιώσεως, ή οποία χαρακτηρίζεται από την ά λ λ α γ ή της χροιάς των έπιπεφυκώτων, την έ ξ α φ ά ν ι σ η των ιδρώτων, τή μ ε ί ω σ η της ταχυσφυγμίας, τή ν έ π α ν α θ έ ρ μ α ν σ η των άκρων, την ά ν ο δ ο της άρτηριακής πιέσεως, την έ π α ν α φ ο ρ ά στο φυσιολογικό της άναπνοής, την α ύ ξ η σ η της διουρήσεως, την ή ρ ε μ ί α του τραυματία. (Σχ. 2)

Κ Λ Ι Ν Ι Κ Ε Σ Μ Ο Ρ Φ Ε Σ

α) Τό αίμορραγικό σηος, όπου τό βασικό στοιχείο είναι ή άπώλεια του αίματος, παρατεταμένη ή έπαναλαμβανόμενη, γνωστή (έξωτερική ή έσωτερική αίμορραγία). Στην πραγματικότητα όλα τά σηος είναι αίμορραγικά, έξαιτίας του μηχανισμού της έσωτερικής αίμορραγίας, όπως σε βαθιά μεγάλα αιματώματα (σύνθλιψη της λεκάνης, των άκρων), έκτεταμένα υποδόρια αιματώματα κ.τ.λ.

β) Τό σηος έκ καταπλακώσεως (βαμβαρδισμός, σεισμοί

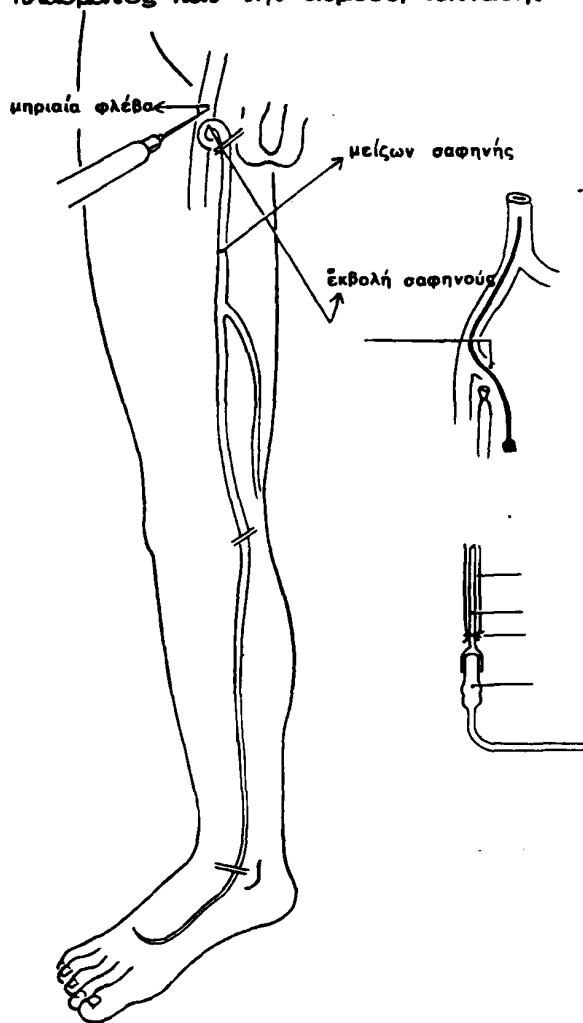


κ.λ.π.) είναι πολύ βαρύ, εξαιτίας της απώλειας αίματος και πλάσματος στα συντεθλασμένα όργανα, των νεφρικών βλαβών και άνοουρίας από το κυκλοφοριακό collapsus και την κατακρήμνιση μυσταϊρικής στα νεφρικά σωληνάκια, που επιβάλλει εκτός των άλλων και τη βοήθεια του τεχνητού νεφρού.

γ) Shock από άφαιρηση ίσχαίμου επίδεσμου επιδέσεως. Η άφαιρηση ίσχαίμου επίδεσμου στη ρίζα, που τοποθετήθηκε και αφέθηκε στη θέση αυτή περισσότερο από 4 ώρες, κινδυνεύει να προκαλέσει κατάσταση shock από την ανακατανομή της μάζας του αίματος, αλλά και φαινόμενα τοξικά (μεταβολική όξωση - σύνδρομο επαναγγειώσεως), που χωρίς την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή είναι πολλές φορές θανατηφόρο.

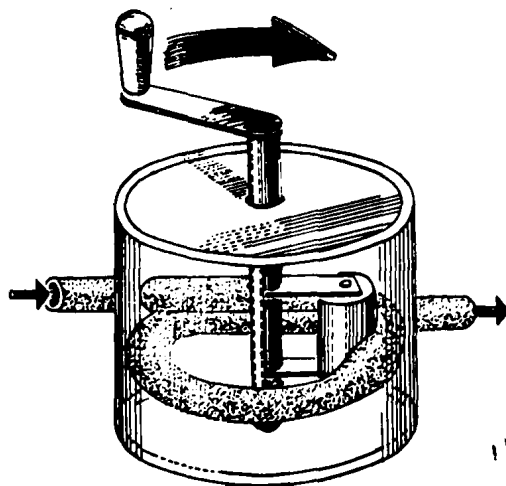
δ) Shock από θωρακική κάκωση. Σ' αυτό κυριαρχεί η αιμορραγία, και η άνοξία. Γι' αυτό πρωταρχική θεραπευτική πράξη αποτελεί η τραχειοστομία για την εξασφάλιση της αναπνευστικής λειτουργίας, η κλειστή παροχέτευση του θώρακα, η καταπολέμηση της όξωσης και η ενίσχυση της αναπνοής με αναπνευστήρες.

ε) Το shock των έγκυματιών είναι συνυφασμένο με τη μεγάλη απώλεια πλάσματος και την αιμοσυμπύκνωση. (Σχ. 3)



Σχ. 3. Παρακέντηση φλεβών κάτω άκρων για μετάγγιση υγρών. Δεξιά: χειρουργική αποκάλυψη. Τοποθέτηση καθετήρα.



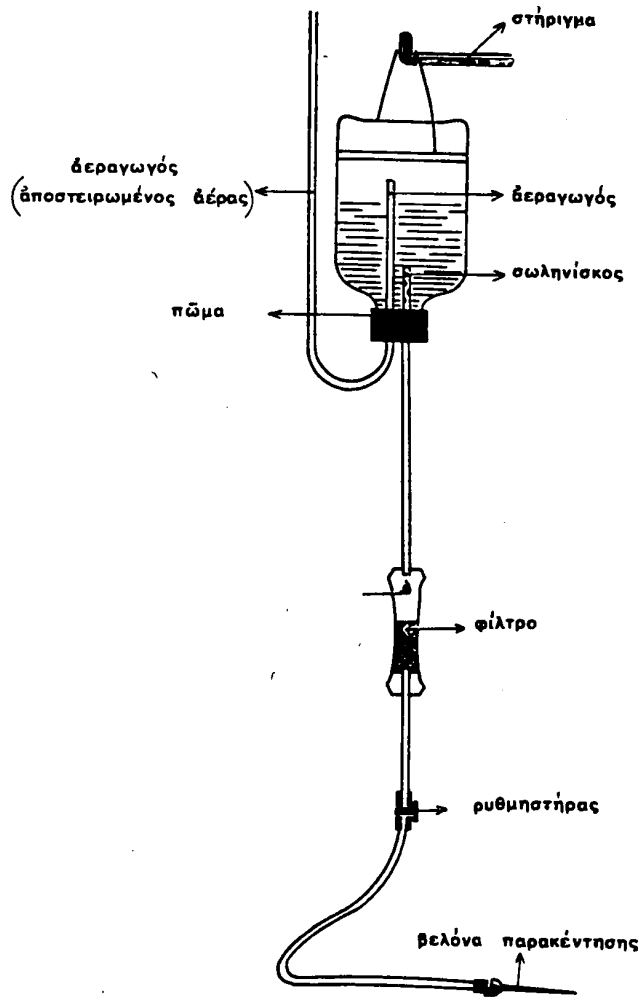


Σχ. 4. Χειροκίνητη άντλία του Jouvet ταχείας μεταγγίσεως.

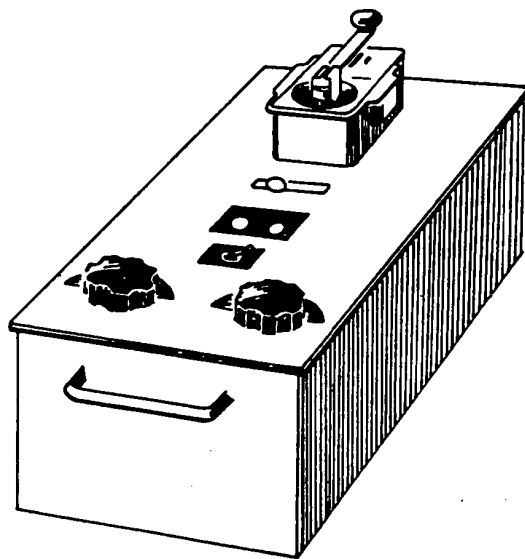
στ) Τέλος τό μετεγχειρητικό σ h ο c, πού συχνά αποφεύγεται με την όρθή προετοιμασία των ασθενών, συνδέεται άμεσα με τό είδος τής έγχειρήσεως, την όρθή τεχνική, την αιμορραγία στή διάρκειά της καθώς και τίς απώλειες σέ νερό και ήλεκτρολύτες.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ. Σχηματικά αυτές συναψίζονται στά ακόλουθα:

1. Αποκατάσταση τής μάζας του αίματος, βασική θεραπευτική πράξη πού πρέπει ταχύτατα νά γίνεται με μετάγγιση αίματος και, σέ έλλειψη αυτού, πλάσματος. (Σχ. 4). (Σχ. 5, 6)
2. Επίσχεση τής αιμορραγίας.
3. Αποκατάσταση των συνθηκών όξυγονώσεως με όξυγονοθεραπεία, αναρρόφηση των βρογχικών έκκρίσεων, τραχειοστομία, τεχνητή άναπνοή μηχανική, ύποβοήθηση τής προσφοράς αίματος στά άναπνευστικά κέντρα (κεφαλή χαμηλά).
4. Αποτροπή τής όλιγουρίας με την έπανυδάτωση και άποκατάσταση των ήλεκτρολυτών, και την άνοδο τής άρτηριακής πιέσεως στά φυσιολογικά όρια.



Σχ. 5. Συσκευή μεταγγίσεως.



Σχ. 6. Ἡλεκτρικὴ ἀντλία τοῦ Jouvet.



3. ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ

Ι. ΓΕΝΙΚΟΤΗΤΕΣ. Έγκαύματα είναι οι βλάβες των ιστών που προκαλούνται από την επίδραση της θερμότητας με όλες τις μορφές της, τό ηλεκτρικό ρεύμα, την ακτινοβολία, τις χημικές ουσίες.

Τά έγκαύματα έξ έπαφής είναι τά πιό σ ο β α ρ ά και άρείλονται συχνά στην επίδραση θερμών υγρών, άτμου, φλόγας, πυρακτωμένων μετάλλων.

Τά έγκαύματα από ακτινοβολίες άρείλονται στον ήλιο, σέ υπεριώδεις ακτίνες κ.τ.λ.

Υπάρχουν τρεις μεγάλες κατηγορίες έγκαυμάτων:

Έγκαύματα π ρ ώ τ ο υ β α θ μ ο υ: βλάβες έπιδερμικές, έπιπόλαιες, έκδηλούμενες μέ έρυθρότητα.

Έγκαύματα δ ε υ τ έ ρ ο υ β α θ μ ο υ: βλάβη τής έπιδερμίδας μέ άποκόλληση των δύο στιβάδων του δέρματος και σχηματισμός φυσαλίδων.

Έγκαύματα τ ρ ί τ ο υ β α θ μ ο υ: βλάβη όλκληρωτική τής έπιδερμίδας και του δέρματος μέ σχηματισμό ν ε κ ρ ω τ ι κ η ς έ σ χ ά ρ α ς. Οι βλάβες μπορούν νά έκτείνονται και στά ύποκείμενα όργανα όπως μύες, άπνευράσεις, όστά.

Τά έγκαύματα του δευτέρου βαθμού μπορούν νά ύποδιαιρεθοϋν σέ 2ου βαθμού έ π ι π ό λ α ι α που άνταποκρίνονται στον κλασσικό 2ο βαθμό, που σέβονται τό δέρμα, και του 2ου βαθμού β α θ ι ά, που καταστρέφουν μέρος του δέρματος και άφήνουν μερικές έστίες δερμοεπιδερμικές, από τις όποιες μπορεί νά άναγεννηθεϊ δέρμα και έπιδερμίδα.

ΦΥΣΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ. Τά περιορισμένης έκτασης έγκαύματα τό μοναδικό πρόβλημα που θέτουν είναι τ ο π ε κ ό και που κυριαρχείται από τό β ά θ ο ς τ ο υ ς. Έτσι στό έγκαυμα 1ου βαθμού πέφτουν τά έπιπολής στρώματα τής έπιδερμίδας, ένω τό περιορισμένο έγκαυμα 2ου βαθμού έπιδερμοποιείται άρχής γενομένης από τά δερμο-έπιδερμικά νησίδα που παράμειναν. Τέλος έγκαυμα 3ου βαθμού σύλοποιείται βραδέως μέ τόν πολλαπλασιασμό των έπιθηλιακών στοιχείων των χειλέων του έγκαύματος.

Έ π ι μ ό λ υ ν σ η των άνωτέρω έγκαυμάτων μπορεί νά μεταβάλλει τήν εξέλιξη αυτή. Τό έγκαυμα είναι ά π ο σ τ ε ι ρ ω μ έ ν ο, αλλά που μπορεί εύκολα νά έπιμολυνθεϊ σπή συνέχεια από σ η π τ ι κ ο ύ ς χ ε ι ρ ι σ μ ο ύ ς (έπιμόλυνση πολυμικροβιακή: σταφυλόκοκος, στρεπτόκοκος, αίμολυτικός στρεπτόκοκος, πυσκυανικό βακτηρίδιο, κολοβακτηρίδιο, βακτηρίδιο του τετάνου).



Τά έκτεταμένα έγκαύματα, αντίθετα μέ τά περιορισμένα, προκαλούν βιολογικές διαταραχές σημαντικές πού θέτουν σέ άμεσο κίνδυνο τή ζωή του έγκαυματία. Έτσι:

1. Άμέσως μετά τό έγκαυμα καί στή διάρκεια των πρώτων 48 ώρων, έγκαθίσταται σχος, πού άρείλεται στήν πλασμορραγία από τίς έγκαυματικές έπιφάνειες (οίδημα, φυσαλίδες, αίμορραγία), ή όποία μπορεί νά είναι σημαντική (10% του σωματικού βάρους για έγκαύματα πού καλύπτουν 30% τής έπιφάνειας του σώματος) καί προκαλεϊ έλάττωση του όγκου του κυκλοφορούντος αίματος. Ή πλασμορραγία συνοδεύεται μέ άπώλεια έρυθρών αιμοσφαιρίων, μαζική άπώλεια χλωριούχου νατρίου καί λευκωμάτων.
2. Μέ τήν έναρξη του τρίτου 24ώρου αναπτύσσεται ύπερυδάτωση του όργανισμού, από τήν άναστροφή των υγρών του οίδηματος πρós τήν συστηματική κυκλοφορία. Ή ύπερυδάτωση για τήν αντιμετώπισή της προϋποθέτει έπαρκή νεφρική λειτουργία.
3. Από τήν 8η - 10η ήμέρα: έγκαθίσταται τό σύνδρομο μειωμένης θρέψεως καί είναι ή κριτική φάση όπου ό έγκαυματίας άπειλεϊται από μολύνσεις.
4. Μέ τήν έναρξη τής 20ης ήμέρας άρχίζει ή φάση αναπλάσεως.

II. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

1. Έγκαύματα περιορισμένα.

Τό έγκαυμα 1ου βαθμού έκδηλώνεται μέ έπώδυνη έρυθρότητα του δέρματος, (έρύθημα, ήλιοθεραπεία) καί μέ μικρό τοπικό οίδημα. Τό αύτόματο άλγος έπιδεικνύεται μέ τήν παραμικρή έπαφή. Τό έγκαυμα έξελίσσεται αύτόματα σέ 2 - 3 ήμέρες καί έξαφανίζεται χωρίς νά άφήσει ίχνη μετά από τήν απόπτωση των έπιπόλαιων στρωμάτων τής έπιδερμίδας.

Τό έγκαυμα 2ου βαθμού προκαλεϊ έντονο πόνο. Ή έγκαυματική περιοχή είναι οίδηματώδης, τεταμένη μέ χρώμα έρυθρό ζωηρό. Έκεϊ διακρίνονται:

Οί φυσαλίδες μέ διαυγές ή αιματηρό περιεχόμενο καί μετά τή διάνοιξη τους καί τήν απόπτωση τής έπιδερμίδας, ή θηλώδης στίβαδα του δέρματος πού είναι ζωηρά έρυθρή, στίλβουσα μέ συνεχή πλασματική έξίδρωση. Ή έλκωση αυτή είναι εύαίσθητη, μαλακή καί στό αυτό επίπεδο μέ τους γειτονικούς ιστούς. Τέτοιο έγκαυμα έπουλώνεται σέ δέκα ήμέρες περίπου, έφ'όσον δέν έχει έπιμολυνθεϊ, καί καταλείπει ούλη ή λεία, μαλακή, πού σχετικá συχνά έξαφανίζεται.



Τό έγκαυμα 3ου βαθμού παρουσιάζεται μέ δύο μορφές: είτε σάν ύ π ό λ ε υ κ η π λ ά κ α, ά ν α ί σ θ η τ η, σ κ λ η ρ ή σ τήν έπαφή, βυθι- σμένη χαμηλότερα από τό επίπεδο τών γειτονικών ιστών, είτε σάν ύ π ό μ α υ ρ η έ σ χ ά ρ α.

Χωρίς τοπική θεραπεία ή άπειλή επιμόλυνσης είναι μεγάλη. Ή έ- πούλωση είναι μακρόχρονη και κακής ποιότητας, μέ σχηματισμό δ ύ σ μ ο ρ- φ ω ν ο ύ λ ω ν πού πολλές φορές ρικνώνονται έντονα σέ όρισμένες περι- σχές, όπως στό λαιμό και στίς καμπτικές επιφάνειες άρθρώσεων, όπου πα- ρειμποδίζουν τή λειτουργικότητά τους. Κάποτε μπορεί νά ύποστούν και κ α ρ- κ ι ν ω μ α τ ώ δ η έ ξ α λ λ α γ ή.

Συχνά ή διάκριση μεταξύ 2ου και 3ου βαθμού έγκαυμάτων είναι δύσκο- λη. Ή όψη τών βλαβών είναι άπατηλή στίς πρώτες ώρες κι όμως μιά δυό φουσαλίδες μπορεί νά άποκαλύψουν έγκαυμα 3ου βαθμού. Ή γνώση του αίτι- ολογικού παράγοντα πού προκάλεσε τό έγκαυμα άδρά προσανατολίζει σ'αυτή. Έτσι ή φλόγα, ό άτμός, τά άέρια έκρηξέων προκαλούν πιο συχνά έ γ - κ α ύ μ α τ α 2ου β α θ μ ο ύ.

Στήν πράξη όμως πολύ συχνά ή έξελικτική ταχύτητα του έγκαύματος είναι εκείνη πού επιτρέπει, αλλά έκ τών ύστέρων, νά καθοριστεί ό βαθ- μός του έγκαύματος, κι άφού είναι γνωστό ότι τό έγκαυμα 2ου βαθμού έ- πουλώνεται σέ 10 μέρες.

2. Έκτεταμένα έγκαύματα.

Σάν έκτεταμένα χαρακτηρίζονται τά έγκαύματα όπου οι βλάβες φθά- νουν ή ξεπερνούν σέ έκταση τά 15% τ ή ς έ π ι φ ά ν ε ι α ς τ ο ύ σ ώ μ α τ ο ς. Ή έκταση αυτών καθορίζει και τήν πρόγνωση τής ζωής.

Πρίν άκόμα από τήν έξέταση έγκαυματία μέ έκτεταμένα έγκαύματα, ή τακτική πού πρέπει νά τηρηθεϊ άμέσως μετά τήν πρόκλησή τους ύπακού- ει σέ όρισμένους άυστηρούς κανόνες.

Έτσι στον τόπο του άτυχήματος πρέπει:

- Νά άποφεύγεται κάθε π ρ ό ω ρ η ή ά σ κ ο π η ένέργεια.
- Νά μ ή ξ ε ν τ ύ ν ε τ α ι ό έγκαυματίας, γεγονός πού έχει σάν άποτέλεσμα νά ύπαφέρει περισσότερο και νά έκτίθεται σέ κινδύνους μόλυν- σεις, όταν μάλιστα οι δερματικές βλάβες είναι άποστειρωμένες μετά τό έγκαυμα.
- Νά τυλίγεται σέ κ α θ α ρ ό σ ε ν τ ό ν ι και νά σκεπάζεται μέ μιά κουβέρτα.
- Νά ήρεμεϊ, άν αυτό είναι δυνατό μάλιστα χωρίς φάρμακα, πού μπο- ρεί έκ τών ύστέρων νά είναι τοξικά, έκτός από παυσίπονα σέ μικρές δό- σεις.
- Νά διακομίζεται στό πλησιέστερο νοσοκομειακό κέντρο ή, σέ είδει-



κό κέντρο έγκαυματιών, άν ή απόστασή του δέν είναι πολύ μεγάλη. Μετά την άφιξη του έγκαυματία στη νοσοκομειακή κλινική αυτός πρέπει νά άπομονωθεί σ' ένα ήσυχο θάλαμο. Στη συνέχεια πρέπει νά προσδιοριστεί ή ύρα του έγκαύματος, γεγονός πού έπιτρέπει νά έκτιμηθεί τό χρονικό διάστημα πού παρέμεινε χωρίς θεραπευτική αντιμετώπιση τό έγκαυματικό χος. Επίσης υπολογίζεται ή ποσότητα καί τό είδος τών υγρών πού πρέπει νά μεταγγιστούν στις πρώτες ώρες.

Ή γνώση της φύσεως του αίτιου πού προκάλεσε τό έγκαυμα δίνει μιá άδρή ιδέα της βαρύτητας τών βλαβών. Θερμό υγρό, πού διαπότησε τά ρούχα, προκαλεί βλάβες πιό βαριές άπ' ό,τι ή φλόγα. Τά ρούχα καί ιδιαίτερα τά έσάρουχα από νάυλον, εύλεκτα όπως είναι γνωστό, κολλούν στό δέρμα καί προκαλούν πιό βαθιά έγκαύματα.

Πληροφορίες άναζητούνται για τή φύση καί τό είδος της τυχόν θεραπευτικής συνδρομής πού παρασχέθηκε, όπως ή χορήγηση παυσίπονων, ήρεμιστικών, αντιτετανικού όρου, μεταγγίσεως όρών, πλάσματος κ.λ.π.

Ή ταχεία έκτίμηση της σηπτικότητας του έγκαύματος, στην όποία συυπολογίζονται οι άλληλοδιάδοχοι χειρισμοί πού έγιναν χωρίς άσημία στον τόπο του άτυχήματος καί κατά τή διοικητική του έγκαυματία, έχει ιδιαίτερη άξία για τή θεραπευτική άγωγή.

Ή άναζήτηση στοιχείων για τήν πρίν από τό έγκαυμα γενική κατάσταση του έγκαυματία έχει μεγάλη προγνωστική άξία, όπως ό ά λ κ ο ο λ ι σ μ ό ς, ό δ ι α β ή τ η ς καί άλλα συστηματικά νοσήματα.

Ή άναζήτηση τών σημείων του χος, πού δέν άναφαίνεται άμέσως, αλλά μετά διάστημα, έχει πρωταρχική σημασία, άφοϋ αυτό μόλις έκδηλωθεί, έπιδεινώνεται γρήγορα, κι άκόμα, θεραπευόμενο καθυστερημένα ή σέ πολλούς χρόνους, καταλήγει νά είναι μή άνατάξιμο. Ή βαρύτητά του θα έκτιμηθεί από τά κλινικά σημεία:

- Όταν τό χος είναι έγκατεστημένο καί ή διοικητική καθυστερημένη, τότε ό σφυγμός του έγκαυματία είναι μικρός, ταχύς, ή άρτηριακή πίεση χαμηλή, τά άκρα ψυχρά, ή θερμοκρασία χαμηλή, ώ χ ρ έ ς οι μή έγκαυματικές περιοχές του αίματος.

Στις περιπτώσεις αυτές έπιβάλλεται ή θεραπευτική αντιμετώπιση του χος πρίν από κάθε άλλη τοπική για τά έγκαύματα άγωγή. Έτσι ό έγκαυματίας, ξεντυμένος καί μέ τίς συνήθεις προφυλάξεις άσηψίας, πρέπει νά καταλιθεϊ σέ άποστειρωμένα σεντόνια. Φλεβοκαθετήρας πού έχει είσαχθεί σέ φλέβα, έξασφαλίζει τή μετάγγιση υγρών. Ή ποσότητα αυτών υπολογίζεται μέ βάση τήν έκταση τών έγκαυμάτων, ένώ ό ρ υ θ μ ό ς χορηγήσεως βασίζεται στό χρονικό διάστημα από τή στιγμή του έγκαύματος. Έτσι πρέπει στις 8 πρώτες ώρες νά χορηγείται τό μισό της ποσότητας



τητας πού προβλέπεται για τήν πρώτη μέρα.

- Όταν τό σχος δέν έχει ακόμη έκδηλωθεῖ καί ὁ ἐγκαιματίας διακομίσθηκε γρήγορα, ἡ γενική κατάσταση εἶναι σχετικά ἱκανοποιητική, ὁ αὐγμός ταχύς ἀλλά καλὰ ψηλαφητός, ἡ ἀρτηριακή πίεση σχεδόν φυσιολογική. Μπορεῖ τότε νά ἀναληφθεῖ ἡ τοπική θεραπεία τῶν ἐγκαιμάτων, πρὶν ἀκόμα ἀρχίσει ἡ θεραπευτική ἀνάληψη.

Ἡ ἔκταση τῶν ἐγκαιμάτων ὑπολογίζεται στοὺς ἐνηλίκους εἴτε μέ τόν κανόνα τοῦ Wallace (κανόνας τῶν ἐννέα): 9% κεφαλή-λαιμός, 9% κάθε ἄνω ἄκρο, 18% κάθε ἐπιφάνεια τοῦ κορμοῦ, 18% κάθε κάτω ἄκρο, εἴτε μέ μεγαλύτερη ἀκρίβεια μέ τό σχῆμα τοῦ Skelj: 10% κεφαλή-λαιμός, 12,5% κάθε ἄνω ἄκρο, 12,5% κάθε ἐπιφάνεια τοῦ κορμοῦ, 20% κάθε κάτω ἄκρο.

Ἀλλά ἡ ἐκτίμηση μέ ἀκρίβεια τῆς ἐγκαιματικῆς ἐπιφάνειας συχνά εἶναι δύσκολη στήν πράξη. Διαπιστώνεται πολλές φορές σέ περιπτώσεις ἐγκαιμάτων ἡ τάση γιά ὑπερεκτίμηση. Εἶναι πολύ χρήσιμο ὅμως νά ἀπεικονίζονται οἱ βλάβες σέ σχηματική παράσταση τοῦ αἵματος στήν πρόσθια καί ὀπίσθια ἐπιφάνεια.

Ἡ βαρύτητα τῶν ἐγκαιμάτων πρέπει νά συσχετίζεται καί μέ ἄλλα στοιχεῖα τά ὁποῖα ἔχουν ἰδιαίτερη προγνωστική ἀξία, ὅπως εἶναι:

α) Τό βάθος τοῦ σ. Σέ ἴση ἔκταση, ἓνα ἐγκαυμα 3ου βαθμοῦ εἶναι πολύ πιό βαρὺ ἀπὸ ὅ,τι ἐγκαυμα 2ου βαθμοῦ. Πολύ συχνά τά ἐγκαύματα 2ου καί 3ου βαθμοῦ εἶναι συμπλεγμένα καί ἡ ἐκτίμησή τους δέν μπορεῖ νά γίνει μέ ἀκρίβεια στήν πρώτη μόνο ἐξέταση.

β) Ἡ θέση τοῦ σ. Εἶναι εὐνόητη ἡ βαρύτητα τῶν ἐγκαιμάτων τοῦ προσώπου, τοῦ δέρματος τοῦ τριχωτοῦ τῆς κεφαλῆς, τῶν ὀφθαλμῶν, τῶν αὐτιῶν, τῆς ἁμοπλάτης, τοῦ περιναίου, τῶν γεννητικῶν ὀργάνων. Σέ ἐγκαύματα τοῦ προσώπου καί τοῦ λαιμοῦ μπορεῖ νά ἔχουν προκληθεῖ ταυτόχρονα βλάβες τῶν ἀναπνευστικῶν ὁδῶν ἀπὸ τήν εἰσπνοή ἀτμῶν.

γ) Ἡ ὑπαρξη παθολογικῶν καταστάσεων πρὶν ἀπὸ τό ἐγκαυμα.

δ) Ἡ ἡλικία τῶν ἐγκαυματιῶν. Στούς γέρους ἐγκαυμα ἐκτάσεως 10 - 15% μπορεῖ νά εἶναι θανατηφόρο. Ἡ πρόγνωση μπορεῖ ἀδρά νά καθοριστεῖ ἀπὸ ἓναν ἀπλό κανόνα: Κάθε φορά πού ἐπιπροστίθεται ἡ ἐκατοστιαία ἀναλογία τῆς ἐγκαιματικῆς ἐπιφάνειας στήν ἡλικία τοῦ ἐγκαυματία καί βγαίνει ὁ ἀριθμὸς 100, ἡ πρόγνωση εἶναι σχεδόν θανατηφόρα, ἀπὸ 75 - 100 οἱ πιθανότητες ἐπιβιώσεως εἶναι 50%, καί σέ μικρότερο ἀπὸ αὐτό ἡ θεραπεία ἐπιτρέπει νά διασθεῖ ὁ ἐγκαιματίας. Στά παιδιὰ μέ ἐπιφάνεια ἀναλογικά ἴση, τό ἐγκαυμα εἶναι πιό βαρὺ ἀπὸ ὅ,τι στὸν ἐνήλικο:

δύ φορές περισσότερο γιά παιδί μέχρι 12 ἐτῶν, τρεῖς φορές γιά παιδί



4 ετών.

ΕΞΕΛΙΞΗ. Ὁ ἐγκαιματίας, ἀφοῦ ἔχει ἠσυχάσει καί ἐπιδεθεῖ, υποβάλλεται στήν ἀγωγή τῆς ἀνάτηξης, πού ὑποχρεώνει σέ αὐστηρή καί ὁμαλή κλινική καί βιολογική ἐπαγρύπνηση. Ὅλα τά στοιχεῖα τους ἀναγράφονται σέ εἰδικά ἔντυπα ὅπως καί ὁ ρυθμός τῶν μεταγγίσεων καί τά διάφορα θεραπευτικά σχήματα πού ἐφαρμόζονται.

- Στίς πρῶτες 48 ὥρες στή διάρκεια τοῦ choc κάθε ὥρα μετροῦνται: ὀ σ φ υ γ μ ὀ ς, ἡ ἄ ρ τ η ρ ι α κ ῆ π ῖ ε σ η, ο ἰ ἄ ν α π ν ο ἔ ς, ἡ θ ε ρ μ ο κ ρ α σ ῖ α, ἡ δ ι ο ὑ ρ η σ η (μόνιμος καθετήρας). Ὅταν αὕτη ἡ τελευταία εἶναι μικρότερη ἀπό 30 - 50 ml/h πρέπει ἡ κλινική σκέψη νά στραφεῖ εἴτε σέ ἀνεπαρκή ἐνυδάτωση ἢ πιά σπάνια σέ νεφρική ἀνεπάρκεια.

Μιά ὡς δύο φορές τήν ἡμέρα ἀναζητᾶται Ητ, ἀλκαλική παρακαταδήκη, ἠλεκτρολύτες τοῦ αἵματος, οὔρια καθημερινῶς καί ὄχι μόνο στό αἷμα ἀλλά καί στά οὔρα.

- Στό τρίτο 24ωρο, στή φάση τῆς αἰμοαραιώσεως, πρέπει νά ἐπιτρεῖται ἡ ἐ λ ἄ τ τ ω σ η τῶν οίδημάτων (νά ζυγίζεται ὁ ἐγκαιματίας) καί ἡ δ ι ο ὑ ρ η σ η, ἡ ὁποία μπορεῖ νά αὔξηθεῖ ἀπότομα (κρίση οὔρων). Ἡ καμπύλη τῶν οὔρων ἀρεῖλει νά διασταυρώνεται μέ τήν ἀντίστοιχη τῆς προαρρᾶς ὑγρῶν. Οἱ μεταγγίσεις θά ἐλαττωθοῦν τότε στό ἐλάχιστο καί ἡ ἐνυδάτωση θά γίνεται μέ τή λήψη ὑγρῶν ἀπό τό στόμα. Σ'αὐτό τό στάδιο εἶναι ἐνδεχόμενο νά ἐπισυμβοῦν τά ἀκόλουθα:

Κυκλοφοριακή ἐπιβάρυνση μέ κίνδυνο ὀ ξ ἔ ο ς π ν ε ὑ μ ο ν ι κ ο ὕ καί ἔ γ κ ε φ α λ ι κ ο ὕ ο ἰ δ ῆ μ α τ ο ς, ἂν ἡ διούρηση εἶναι ἀνεπαρκής.

Βαριά κ ρ ῖ σ η ὑ π ε ρ θ ε ρ μ ῖ α ς ἀπό τή δευτέρα πρὸς τήν τρίτη ἡμέρα, συνοδευόμενη μερικές φορές μέ διαταραχές ἐγκεφαλικῆς ἀνοξίας, συχνά θανατηφόρα.

Σ η π τ ι κ ῆ μ ὀ λ υ ν σ η ἢ ἀπό τέτανο ἂν προηγουμένως δέν ἔχει γίνεϊ προληπτική ὁροθεραπεία.

Ἄ ν α π ν ε υ σ τ ι κ ῆ ς δ ι α τ α ρ α χ ῆ ς ἀπό αἰφνίδια τραχειοβρογχικά κωλύματα.

Β λ ἄ β ε ς δ ι ἄ φ ο ρ ω ν σ π λ ἄ χ ν ω ν πού εἰσέρχονται στό πλαίσιο τῆς "τ ο ξ ἰ ν α ἰ μ ῖ α ς" τῶν ἐγκαιματιῶν: ἀ ν ε π ἄ ρ κ ε ἰ α τοῦ ἠ πα τ ο ς, τῶν ἐ π ἰ ν ε φ ρ ἰ δ ῖ ω ν, τοῦ μ υ ο κ α ρ δ ῖ ο υ, α ἰ μ ο ρ ρ α γ ῖ ε ς ἔ κ τ ο ὕ ἀ ν ὡ τ ε ρ ο υ π ε π τ ι κ ο ὕ σ ω λ ῆ ν α (στόμαχος-12λο) ἀ π ὀ ὀ ξ ἔ α ἔ λ κ η ἀ π ὀ s t r e s s (ἔλκη τοῦ Curling), π α ρ α λ υ τ ι κ ὀ ς ε ἰ λ ε ὀ ς.

- Στήν 8η μέχρι 10η ἡμέρα ἀπομένει νά ξεπεραστεῖ ἡ πιά κριτική φάση ὅπως καί αὕτη τῶν δύο βαριῶν ἐπιπλοκῶν:



- Ἡ τοπικὴ ἢ γενικὴ λοίμωξη: ἐρυσίπελας, σηψαιμία, πού τὰ ἀντιβιοτικά δέν ἐπιτρέπουν πάντοτε τὴν καταπολέμησή τους.

- Ἡ ἐλαττωμένη θρέψη κλινικῶς (ἀδυναμία, προοδευτικὴ καχεξία) καὶ βιολογικῶς (ὑπολευκωματαιμία, ἀναιμία).

Ἡ κατοπινὴ ἐξέλιξη γίνεται πρὸς τὴν ἀποκατάσταση. Τοπικῶς, μπορεῖ νά κριθεῖ γύρω στὴ 10ῃ ἡμέρα, κατὰ τὴ δευτέρη ἀλλαγὴ τῶν ἐγκαυμάτων, ἡ κατάσταση τῆς ἐπουλώσεως τῶν ἐγκαυμάτων 2ου βαθμοῦ καὶ νά τεθεῖ ἡ ἔνδειξη μωσχευμάτων γιὰ τὰ ἄλλα. Ἀλλὰ ἀπώτερες ἐπιπλοκὲς μποροῦν ἀκόμα νά ἐπέλθουν ὅπως λοίμωξη ἢ καχεξία.

Τότε, μόνο στίς πολλαπλὲς φροντίδες καὶ στὴν ἔντονη συντηρητικὴ θεραπεία πολλῶν ἐβδομάδων, μπορεῖ νά ἐλπίζει κανένας στὴ διάσωση τοῦ ἐγκαυματία.

III. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ.

1. Σ ύ μ φ ω ν α μ έ τ ή ν έ ν τ ό π ι σ η.

Τὰ ἐγκαύματα τῆς παλάμης, σπᾶνια, παρατηροῦνται στὰ παιδιά, ὅπου οἱ φουσαλίδες ἐρμηνεύουν ἐγκαύματα 3ου βαθμοῦ.

Στίς ἀρθρώσεις καὶ στοὺς ἐκτείνοντες τένοντες, τὰ ἐγκαύματα μποροῦν νά καταλήξουν σέ θέση τοῦ χεριοῦ σάν γρίφος.

Στό λαιμό οἱ ρικνωτικὲς οὐλὲς ἐμποδίζουν τὴν ἔκταση, πού στίς πτυχὲς καμπυλικῶν ἐπιφανειῶν (ἀρθρώσεις) παρακωλύουν τὴ λειτουργικότητα τῶν ἀρθρώσεων.

Κοντὰ στὰ φυσιολογικὰ τρήματα ἢ ρίκνωση τῶν οὐλῶν (στόμα, ὀφθαλμοί) δημιουργοῦν ἀπώτερα προβλήματα λειτουργικὰ καὶ αἰσθητικά.

Στό πρόσωπο τὰ ἐγκαύματα τῶν βλεφάρων καὶ τῶν ὀφθαλμῶν εἶναι βαριά.

Στὴν εἰσπνοὴ ἀτμῶν ἢ πιθανὴ βλάβη τῶν ἀναπνευστικῶν ὁδῶν εἶναι ἐπίσης βαριά.

Πεπτικὴ ὁδός: ἡ λήψη καυστικῶν ὑγρῶν εἶναι συχνὴ στὰ παιδιά.

2. Σ ύ μ φ ω ν α μ έ τ ό α ἰ τ ι ο τ ο ὕ έ γ κ α ὐ μ α τ ο ς.

Ἡλεκτρικὸ ρεῦμα: ἐγκαύματα βαθιά 3ου βαθμοῦ μὲ ἀπανθράκωση μιᾶς ζώνης ὄφρου.

Χημικὲς οὐσίες: Ὁ ΡΗ ἐξαιολογεῖ νά καίει ἐπὶ ἀρκετὸ σέ βάθος.

Ἀκτίνες Χ. Προκαλοῦν ἐξελκώσεις πού δέν ὑπακούουν σέ θεραπεία καὶ πού συχνά ἐξελίσσονται σέ καρκίνο.

Ἀτομικὰ ἐγκαύματα. Ἐγκαύματα 3ου βαθμοῦ, δευτερογενεῖς βλάβες αἵματος καὶ σπλάχνων, βλάβες στὴ γεννητικὴ σφαίρα.



Ι. Ν Α Ρ Κ Ω Σ Η - Γ Ε Ν Ι Κ Η Α Ν Α Ι Σ Θ Η Σ Ι Α

Ἡ γενική αναισθησία ἀποτελεῖ ἐλεγχόμενη τοξική κατάσταση τοῦ ὀργανισμοῦ, πού ἐπιτυγχάνεται μέ τήν εἰσπνοή ἢ μέ τή χορήγηση ἔνδοφλεβίως εἰδικῶν γι' αὐτή φαρμάκων. Σκοπός της εἶναι νά ἐπιτευχθεῖ στή διάρκεια τῶν χειρουργικῶν ἐπεμβάσεων ἡ κατάργηση τοῦ πόνου, τῆς συνειδήσεως, τῆς αἰσθητικότητας, τῶν ἀντανακλαστικῶν, καί τοῦ μυϊκοῦ τόνου.

Ι. ΓΕΝΙΚΟΤΗΤΕΣ. Ἡ προνάρκωση ἀποβλέπει στήν ἐλάττωση τῆς ἀγωνίας τοῦ ἀσθενοῦς, στή μείωση τῆς εὐαισθησίας στόν πόνο καθῶς καί στήν ἐλάττωση τῆς ἐκκρίσεως βρόγχων καί σιαλογόνων ἀδένων. Αὐτό ἐπιτυγχάνεται μέ τήν ἔνεση ὑποδοριῶς ἢ ἔνδομυϊκῶς μίγματος ὀπιούχων καί ἀτροπίνης, μιά ὥρα περίπου πρῖν ἀπό τήν ἐγχείρησι. Κατά τό διάστημα αὐτό ὁ ἀσθενής ἡρεμεῖ, ἔχει τάση νά κοιμηθεῖ καί ἔτσι ἡσυχος ὀδηγεῖται στήν αἴθουσα τοῦ χειρουργείου, ὅπου ἀρχίζει ἡ νάρκωση. Οἱ ποικιλίες τῆς προνάρκωσης εἶναι συνάρτηση προφανῶς τῆς ἡλικίας καί τῆς γενικῆς καταστάσεως τοῦ ἀσθενοῦς, ὅπως ἐπίσης τῆς φύσεως, τῆς διάρκειας τῆς ἐπεμβάσεως, ἀλλά καί τῆς θέσεως τοῦ ἀσθενοῦς στή χειρουργική τράπεζα κατά τή διάρκειά της. Πράγματι σέ ὑποχρεωτική τιάγια θέση καί σέ πρηνή, ἐκτελεῖται πρῶτα ἡ διασωλήνωση τῆς τραχείας, σέ θέση ὕπτια, πού συνίσταται στήν εἰσαγωγή ἐντός αὐτῆς σωλήνα πού συνδέεται μέ τό ἀναισθησιολογικό μηχανήμα καί μετὰ ταῦτα τοποθετεῖται στήν ὀριστική ἐγχειρητική θέση. Ἡ μέθοδος αὐτή ἐπιτρέπει νά ἐξασφαλιστεῖ, ὅποιοσδήποτε κι ἂν εἶναι οἱ συνθήκες, ἀναπνοή τόσο ἀπλή καί τόσο συχνή, ὅσο εἶναι ἀναγκαῖο, ὅπως καί ἐπαρκῆς ὀξυγόνωση, πρωταρχική ἄλλωστε γιά κάθε γενική αναισθησία. Ἡ αναισθησία ἀρχίζει μέ τήν ἔνδοφλεβία χορήγηση βαρβιτουρικῶν πού δίνει σχεδόν ἄμεση νάρκωση. Ἡ διατήρηση τῆς αναισθησίας ἐπιτυγχάνεται εἴτε μέ τήν χορήγηση ξανά μικρῶν δόσεων τοῦ ἰδίου φαρμάκου, εἴτε μέ τήν χορήγηση διά εἰσπνοῆς φλουοτανίου, πρωτοξειδίου τοῦ ἀζώτου, κυκλοπροπανίου κ.τ.λ. Ἐπιπροστίθενται μυχαλαρωτικά φάρμακα γιά τήν ἐξάλειψη τοῦ τόνου τῶν μυϊκῶν ἴνων.

ΙΙ. ΕΠΙΓΡΥΠΝΗΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ. ΜΕ ὅποιοσδήποτε τρόπο ἢ τεχνική πού ἀκολογήθηκε γιά τή γενική αναισθησία, ὁ ἀσθενής πρέπει στή διάρκειά της νά ἀναπνέει μίγμα ἀερίων πλούσιο σέ ὀξυγόνο (τουλάχιστο 28% O₂) καί αὐτό ἀκόμα περισσότερο ὅταν τό εὖρος τῆς αὐτόματης ἀναπνοῆς τοῦ ἀσθενοῦς ἔχει μειωθεῖ ἢ ἐκληδενιστεῖ ἀπό τήν ἀνασταλτική ἐπίδραση στά



άνασπνευστικά κέντρα ορισμένων αναισθητικών φαρμάκων, αλλά και από τη σημαντική μυϊκή χάλαση που προκαλείται από τα σκευάσματα του κουραριού, που είναι φάρμακα όχι αναισθητικά αλλά παραλυτικά των μυών, και επομένως άνασταλτικά της άνασπνοης. Έτσι τό πιο σημαντικό σημεϊο στην κλινική έπαγρύπνηση της γενικής άνασπνοης είναι η φροντίδα για τήν έξασφαλίση ο μ α λ η ς λειτουργίας της άνασπνοης, που στην καθημερινή πρακτική ούσιαστικά έξασφαλίζεται με τόν έλεγχο των κινήσεων του άσκού που παρεμβάλλεται στο άνασπνευστικό κύκλωμα. Η διατήρηση έ λ ε ύ θ ε ρ ω ν των άνασπνευστικών οδών, γεγονός που έξασφαλίζεται με τήν τοποθέτηση τραχειοσωλήνα, ο ρ υ θ μ ό ς (16/πίν), τό ε ύ ρ ο ς και η ομαλή σ υ χ ν ό τ η τ α των είσπνευστικών και έκπνευστικών χρόνων, έπιτρέπουν να παρακολουθείται η ομαλότητα και τό βάθος της ναρκώσεως. Διάφοροι παράγοντες, όπως προνάρκωση με πολλά όπιούχα, άφθονες βρογχικές έκκρίσεις, άτελεκτασία του πνεύμονα σέ θωρακική χειρουργική κ.ά., μπορούν να έπιδράσουν δυσμενώς στον άερισμό του άσθενούς. Έπομένως ο προσεκτικός έλεγχος του άνασπνευστικού άσκού του αναισθησιολογικού μηχανήματος έπιτρέπει να τεθεί η ένδειξη έ λ ε γ χ ό μ ε ν η ς άνασπνοης, κατά τήν όποία αύξάνεται η άνεπαρκής είσπνευστική φάση. Η τεχνητή αύτή άνασπνοή με μ η χ α ν ι κ á μέσα είναι πιο εύκολη και έπαρκής όταν έχει διασωληνωθεί η τραχεία, γεγονός που έξασφαλίζει έξάλλου έπιπρόσθετα τόν άποκλεισμό της άνασπνευστικής οδού από τόν άνωτερο πεπτικό σωλήνα (φάρυγγα-οίσοφαγο) κι έτσι άποκλείονται τυχόν είσορήσεις από έμετούς ή άναγωγές. Τέλος η διασωλήνωση έπιτρέπει τήν άναρρόφηση βρογχικών έκκρίσεων, τόσο στη διάρκεια της ναρκώσεως όσο και άμέσως πριν από τήν άφύπνιση του άσθενούς. Αύτά πρέπει να έκτελούνται κατά διαστήματα τακτικά, ώστε ο χειρουργούμενος να βρίσκεται υπό συνθήκες έπαρκούς όξυγονώσεως. Έτσι κάθε άνοξία, έστω και παροδική, που έκδηλώνεται με κ υ ά ν ω σ η, β ρ α δ υ κ α ρ δ ί α, π τ ώ σ η τ η ς π ι έ σ ε ω ς, μπορεί να άντιμετωπίζεται ικανοποιητικά στην άνάγκη και με αύξηση της άναλογίας του χορηγούμενου O_2 .

Ταυτόχρονα ενδιαφέρει τό CO_2 που παράγεται στο χειρουργούμενο και που πρέπει να φεύγει από τό άνασπνευστικό κύκλωμα, γεγονός που έπιτυγχάνεται χάρη σέ κύκλωμα άνοιχτό ή στην άπορρόφηση του από ούσιες, που παρεμβάλλονται στο κύκλωμα. Κάθε κατακράτηση διοξειδίου του άνθρακος από τόν άσθενή πρέπει να άποκαλύπτεται γρήγορα και να διορθώνεται. Σέ ορισμένες μακροχρόνιες έπεμβάσεις και σέ εύθραυστους άσθενείς ενδιαφέρει να έξασφαλιστεί καλή, ομαλή και έπαρκής άνασπνευστική λειτουργία, η όποία έπιτυγχάνεται με μηχανικούς άνασπνευστήρες τύπου Ångstrom, οι όποιοι τήν έξασφαλίζουν κι έτσι εύνοείται ταυτόχρονα η ομαλή έπιστροφή του αίματος στην καρδία.



Τό δεύτερο σημαντικό σημεῖο τῆς γενικῆς ἀναισθησίας εἶναι ἡ παρακολούθηση τῆς κυκλοφορίας. Ἡ μελέτη τοῦ αρυγμοῦ (συχνότητα, ρυθμικότητα, ποιότητα), τῆς ἀρτηριακῆς πιέσεως (μεγίστης καί ἐλαχίστης), τοῦ τριχοειδικοῦ αρυγμοῦ, τοῦ χράματος τῶν ἐπιπεφυκότων καί ὅπωςδήποτε ἠλεκτροκαρδιογραφήματος προεγχειρητικοῦ, ἐπιτρέπει τήν ἐκτίμηση τῆς ἀνοχῆς τοῦ ὀργανισμοῦ στήν ἀναισθησία καί στήν ἐπέμβαση, στοιχεῖα πού κι αὐτά θά καθοδηγήσουν τήν ἀνάληψη στή χορήγηση ὑδροηλεκτρολυτικῶν ὑγρῶν, αἵματος, πλάσματος, ἀναληπτικῶν καί καρδιοτονωτικῶν φαρμάκων κ.λ.π.

Γιατί ἂν εἶναι οὐσιῶδες νά κρατηθοῦν τά ἐγκεφαλικά κέντρα καί τό μυοκάρδιο σέ ἀριστη κατάσταση μέ τήν ἐπαρκή ὀξυγόκωση, πρέπει ἐπίσης νά δοθοῦν σ'αὐτά οἱ δυνατότητες ὁμαλῆς λειτουργίας, δηλαδή νά κρατήσουν μάζα αἵματος φυσιολογική, τόσο στόν ὄγκο καί στήν περιεκτικότητα σέ ἐρυθρά, ὅσο καί στήν ἀνανεούμενη κυκλοφορία τῆς. Αὐτό ὑποδηλώνει, τή σπουδαιότητα τῆς ἀκριβοῦς μετρήσεως τῶν ἀπωλειῶν σέ ὑγρά, τῶν ἀναρροφῶσεων, τῆς αἱμορραγίας, κάθε ἀπώλειας γενικά πού πρέπει μέ ἀκρίβεια νά ἀναπληρωθεῖ, γιά τήν ἀποφυγή προκλήσεως διαταραχῶν, πού καμιά φορά εἶναι μὴ ἀνατάξιμες. Ἐπομένως ἡ ταυτόχρονη παρακολούθηση τῆς ἀναπνοῆς καί τῆς κυκλοφορίας, ἀλλά καί τῶν ἐγχειρητικῶν χειρισμῶν, ἀποτελοῦν τά στοιχεῖα πού ἐπιτρέπουν στόν ἀναισθησιολόγο νά διατηρήσει σέ καλή κατάσταση τόν πάσχοντα, πού ὑφίσταται τήν ἐγχειρητική κίνηση καί πού θά ἀπαρῆγει ἔτσι ὅλες τίς προφανεῖς αἰτίες τοῦ καταλήγειν στό μοναδικό πραγματικό κίνδυνο: τήν ἀ ν ο ξ ί α.

III. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ.

Πραγματικά τά δύο συστήματα πού ἀναφέρθηκαν πρὸ πάνω, ἀναπνευστικό δηλαδή καί κυκλοφορικό, εἶναι δυνατόν νά ἐπηρεασθοῦν δυσμενῶς στή διάρκεια τῆς γενικῆς ἀναισθησίας.

1. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ. Σ'αὐτό εἶναι δυνατόν ἀπλᾶ μηχανικά ἐμπόδια στό βρογχικό δέντρο, ὅπως ὑ π ε ρ ε κ κ ρ ι σ η σάλιου ἢ τῶν βρόγχων, π τ ὤ σ η τῆς γλώσσας πρὸς τά πιάω, δ ὄ ν τ ι α τ ε χ ν η τ ᾶ πού πέφτουν μέσα στήν τραχεία, σ τ ο μ α τ ο δ ι α σ τ ο λ ἔ α ς κακά τοποθετημένος, τ ρ α χ ε ι ο σ ω λ ἦ ν α ς ἀποφραγμένος ἢ ἀναδιπλωμένος, μποροῦν νά ἐμποδίσουν σοβαρά τήν ἐλεύθερη διαιήνηση τῶν ἀναπνευστικῶν ἀερίων, αἷτια πού εἶναι εὐκόλο σχετικά νά ἀποκαλυφθοῦν καί νά ἀποκαρυνθοῦν. Πιὸ σοβαρά ὅμως εἶναι οἱ ἔ μ ε τ ο ἰ ἢ οἱ γαστρικὲς ἀ ν α γ ω γ ἔ ς, πού μποροῦν νά ἀποκράξουν τίς ἀεραφόρες ὁδούς καί νά προκληθοῦν ἔτσι περιφερικὲς ἀ τ ε λ ε κ τ α σ ἰ ε ς στοὺς πνεύμονες. Τέτοια ἐνδεχόμενα ἀποφεύγονται τόσο μέ τήν διασωλήνωση τῆς τραχείας ὅσο καί μέ τή διατήρηση κενοῦ περιεχομένου τοῦ στομάχου τοῦ ἀσθενοῦς μερικές ὥρες πρὶν ἀπὸ τήν ἐγχείρηση.



Μηχανικός έρεθισμός των βρόγχων ή έξαιτίας των αερίων, μπορεί να προκαλέσει αντανακλαστικές επίπλοκές, είτε ά π λ ό β η χ α, είτε σ π α σ μ ό τ ο υ λ ά ρ υ γ γ α ή τ ω ν β ρ ό γ χ ω ν, πού παρόωλύουν σοβαρά τήν ανταλλαγή των αερίων.

Η καταπολέμιση των επίπλοκων αυτών ανάλογα μέ τις αίτιες τους είναι αναγκαία, γιατί τελικά πρέπει μέ οποιονδήποτε τρόπο να έπιτευχθει η είσοδος O_2 μέχρι τις κυψελίδες και τά πνευμονικά τριχοειδή. Άλλη βαριά επίπλοκή είναι τό ύ π ο γ λ ω τ τ ι δ ι κ ό ο ς ὶ δ η μ α, πού παρατηρείται κυρίως στά παιδιά κι άπαιτεϊ άμεση κι έντονη αντιφλεγμονώδη θεραπεία. Όχι λίγες φορές αναγκάζει στήν έκτέλεση τ ρ α χ ε ι ο σ τ ο μ ί α ς για τήν άπελευθέρωση τής άναπνοης. Τέλος ά ν α π ν ε υ σ τ ι κ ή ά ν ο ξ ί α μπορεί να άναπτυχθει από ποικίλα αίτια, όπως όργανικά από τό άναπνευστικό σύστημα, άναισθησιολογικά ή χειρουργικά. Έτσι προϋπάρχουσες βλάβες του πνευμονικού παρεγχύματος (έ μ φ ύ σ η μ α), θωρακοχειρουργικές επέμβάσεις, ή μειωτική ή άνασταλτική επίδραση φαρμάκων στήν άναπνοή (βαρβιτουρικά), άποτελούν δυνητικά αίτια προοδευτικής άνοξίας. Έναντίον τους ό άναισθησιολόγος χρησιμοποιεϊ μέσα μόνά τους ή σέ συνδυασμό, όπως διασωλήνωση τής τραχείας, άναπνοή έλεγχομένη ή ύποστηριζόμενη, έλέγχει τις ποικιλίες του ρυθμού, του εϋρους των άναπνοών, τις μεταβολές στις πιέσεις των αερίων, φροντίζει για τήν έκφραξη του φάρυγγα, και τήν αναρρόφηση έκκρίσεων στήν τραχεία και στους βρόγχους, μέ τελικό σκοπό τήν έξασφάλιση έπαρκους όξυγονώσεως και καλής άποβολής του CO_2 .

2. ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ. Άν οι διαταραχές του ρυθμού και τής άρτηριακής πιέσεως έρμηνεύουν πολύ συχνά τις έπιπτώσεις στήν κυκλοφορία τής άνοξίας ή τής κατακρατήσεως CO_2 (ύ π ε ρ κ α π ν ί α ς), μπορούν έπίσης να μαρτυρούν άλλά και μόνο άνεπάρκεια του κυκλοφορικού συστήματος ή αντίδρασή του σ' αυτό ή εκείνο τό έρέθισμα. Ίδιαίτερα οι διαταραχές αυτές μπορούν να παρατηρηθούν άμεσα μετά τή χορήγηση των άναισθητικών φαρμάκων ή ύστερα από έρεθισμό αντανακλαστικών ζωνών. Άλλά άν όρισμένες διαταραχές του ρυθμού τής καρδίας μπορεί να άφείλονται στά άναισθησιολογικά φάρμακα, όμως οι πιο πολλές έρμηνεύονται από υπερβολική δόση, από σχετική άνοξία, οποιαδήποτε κι άν είναι η αίτία της και πιο συχνά από φαινόμενα αντανακλαστικά, πού άφείλονται στή θέση του άσθενους και σέ βάρβαρους έγχειρητικούς χειρισμούς (έλξη ή συμπίεση σπλάγγων κ.λ.π.). Έτσι μέ τήν άρση αυτών των τελευταίων αίτιων, ή άποκατάσταση όρθου άερισμού και έπαρκους μάζας του αίματος, και ή συνεχής μεθοδική τοατική του άναισθησιολόγου έπιτρέπουν στήν πράξη γενικά να μή χρησιμοποιηθούν άγγειοσυσταλτικά φάρμακα για να άποκατασθεϊ στο



φυσιολογικό ή κυκλοφορική λειτουργία.

Πιό σπάνια, αλλά πολύ πιο βαριά, είναι η κοιλιακή μαρμαρυγή της καρδιάς, η οποία μπορεί να προκληθεί από ποικίλα αίτια (έδαφος, φάρμακα, άνοξία, αντανταλαστικά) και όδρά χαρακτηρίζεται από κατακρήμνιση της πιέσεως, έξαφάνιση του αυγμού, κιάκωση και μυδρίαση. Ή επίπλοκή αυτή απαιτεί έξαιρετικά επείγουσα θεραπεία, γιατί η διακοπή της καρδιακής λειτουργίας προκαλεί μεταξύ των άλλων έγκεφαλική άνοξία μη ανατάξιμη μετά 3 - 4 πίν. Αύτη περιλαμβάνει είτε άμεσες μαλάξεις της καρδιάς (άφου μπορεί να επισημβεί στή διάρκεια έγχειρήσεως με άνοιχτό θώρακα ή κοιλιά), είτε με έξωτερικό άπινιδωτή και ταυτόχρονο χορήγηση μέσω της διασωληνωμένης τραχείας άφθόνου O₂.

2. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΑΝΗΨΗ

Ή καρδιοαναπνευστική άνάνηψη άποβλέπει στην άποκατάσταση στο φυσιολογικό των διαταραγμένων λειτουργιών της άναπνοής και της κυκλοφορίας, η άνεπάρκεια των οποίων ταυτόχρονα ή μεμονωμένα, έπιφέρει ταχύτατα τό θάνατο από κ υ τ τ α ρ ι κ ή ά ν ο ξ ί α. Έφαρμοζόμενη κάτω από διάφορες συνθήκες στή διάρκεια ή ύστερα από τήν άνααισθησία ή άόκιμα στή διάρκεια μεγάλων τραυματικών ή τοξικών συνδρόμων, έχει χαρακτηήρα έξαιρετικώς επείγοντα και άρείλει να συνεχιστεί μέχρι τήν επανάκαμψη των άυτομάτων φυσιολογικών δραστηριοτήτων. Είναι προφανώς συνυφασμένη με τήν αίτιολογική θεραπεία, τήν άνασλήρωση όλων των άπωλειών (αίματος, πλάσματος, ύδροηλεκτρολυτών), και τήν άντιμετώπιση κάθε άλλης διαταραχής όπως νευρολογικής, ήπατικής, νεφρικής κ.λ.π.

I. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΝΗΨΗ.

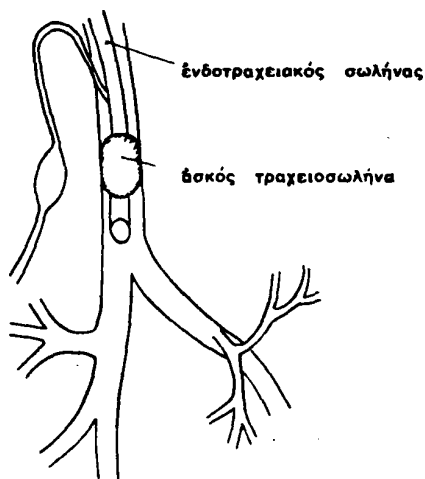
Τά αίτια και η σπουδαιότητα των όξειών άναπνευστικών άνεπαρκειών, όπου η άνάνηψη άρείλει να επέμβει, ποικίλουν. Ή άκολουθητέα τακτική δέν είναι όμοιομορφη ούτε και μοναδική.

Ή χορήγηση όξυόνο υ είναι η βάση κάθε άναπνευστικής άνανήψεως. Μερικές φορές αυτό χορηγείται μαζί με άέρα με τη βοήθεια τέντας όξυόνο υ, μάσκας ή ρινοφαρυγγικού καθετήρα. Όπωςδήποτε είναι άπαραίτητο τό όξυόνο να έχει ύ γ ρ α ν θ ε ι και θ ε ρ μ α ν θ ε ι. Ή παροχή του πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 3 και 6 l/πίν. Ή έπέρκεια της βασικής αύτης θεραπευτικής έξαρτάται προφανώς από τήν κατάσταση των άναπνευστικών όδών, γι' αυτό ένδιαφέρει, πριν από κάθε άλλη ένέργεια, να έξασφαλιστεί η βατότητα και η καθαριότητά τους. Ή άπόφραξη του φάρυγγα, πού άρείλεται πολύ συχνά στήν πτώση της γλώσσας προς τό πίσω,



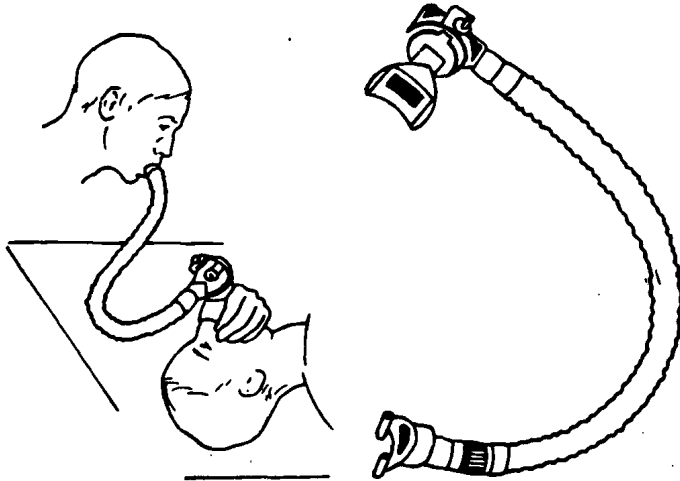
μπορεί νά αποφευχθεῖ μέ τήν τοποθέτηση στοματοδιαστολέα ἢ μέ τήν κλίση τῆς κεφαλῆς στό πλάϊ. Ἡ ἀπόφραξη τοῦ λάρυγγα ἀπό οἴδημα ἢ σπασμό ἐπιβάλλει τή διασωλήνωση τῆς τραχείας μέ τραχειοσωλήνα, πού συνδέεται μέ τό μηχανήμα (ἀναπνευστήρα ἢ ἀναισθησιολογικό) καί μέ ἀσκό, ὅποτε ἀπομονώνει ὀλοκληρωτικά τίς ἀεροφόρες ὁδούς, ἐπιτρέπει τήν ὑποβοήθηση τῆς ἀναπνοῆς, ὅπως καί τήν ἀναρρόφηση τῶν βρογχικῶν ἐκκρίσεων. Πολλές φορές χωρίς βαρβιτουρικά ὁ τραχειοσωλήνας δέν γίνεται ἀνεκτός ἀπό τόν ἀσθενή, ἐνῶ ἡ χορήγηση ἡρεμιστικῶν (valium) διευκολύνει σημαντικά τήν ἀνοχή του. Μερικές φορές ἐκτελεῖται τραχειοστομία, ἀλλά αὐτή εἶναι λιγώτερο ἐπιθυμητή, γιατί οἱ κί ν δ υ ν ο ι μ ο λ ὕ ν σ ε ω ς εἶναι αὐξημένοι, ἡ ὑγραση O_2 δέν ἐπιτυγχάνεται σέ βαθμό ικανοποιητικό στήν πράξη, ἐνῶ οἱ βρογχικές ἀναρροφήσεις γίνονται ἀναγκαστικά πιό συχνές καί φυσικά ἐκθέτουν σέ αὐξημένους κινδύνους β ρ ο γ χ ο π ν ε υ μ ο ν ι κ ῶ ν μ ο λ ὕ ν σ ε ω ν. (Σχ. 7.)

Ἡ καθαριότητα τῶν ἀναπνευστικῶν ὁδῶν μπορεῖ νά ἐξασφαλιστεῖ εἴτε μέ τή διευκόλυνση τῆς ἀπόχρεμψης πού ἐπιτυγχάνεται μέ τήν ὑποβοήθηση τοῦ βήχα εἴτε μέ κατάλληλες θέσεις τοῦ αἵματος (ἐπικλινής θέση δεξιά, ἀριστερά, ἐναλασσόμενη κατώλιση σέ κάθε πλευρά κ.λ.π.), εἴτε μέ τραχειοβρογχική ἀναρρόφηση ἰσχυρή μέ καθετήρες ὑπόσκληρους ἀλλά ἀ τ ρ α υ μ α τ ι κ ο ὗ ς καί ἄ σ η π τ ο υ ς. Οἱ φροντίδες αὐτές εἶναι ἰδιαίτερα χρήσιμες στίς μετεγχειρητικές ἡμέρες ὕστερα ἀπό ἐπεμβάσεις τῆς κοιλιάς καί τῆς περιοχῆς τοῦ διαφράγματος, ὅπου ὁ πόνος περιορίζει συχνά τή φυσιολογική ἀναπνοή καί αὐτό μπορεῖ νά εἶναι σημαντικό αἷτιο ὑ π ο α ε ρ ι σ μ ο ὦ. (Σχ. 8)



Σχ. 7. Διασωλήνωση τῆς τραχείας.





Σχ. Β. Τεχνητή άναννοή (στόμα με στόμα) με τη βοήθεια μάσκας και σωλήνα.

1. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΝΗΨΕΩΣ. Αύτές ποικίλουν ανάλογα με τίς συνθήκες κάτω από τίς όποιες επιχειρείται αλλά και με τά μέσα πού διατίθενται. Έτσι υπάρχουν περιπτώσεις όπου δέν υφίσταται κανένα τεχνικό μέσο διαθέσιμο, όποτε ή καρδιοαναπνευστική ανάγκη υποχρεωτικά πρέπει νά γίνει μακριά από Νοσοκομειακό Κέντρο, όχι σπάνια όσώμα και στό δρόμο ή στόν τόπο γενικώτερα τής καταστροφής.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΡΩΙΝΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ (ΧΩΡΙΣ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ): Αύτές αποβλέπουν στην έξασφάλιση τής αναπνοής, έκτελούμενες κατά κανόνα έπειγόντως και έκτός νοσοκομειακού χώρου.

Ή έμάυση αέρα στόμα με στόμα ή στόμα με μύτη, και με τήν κεφαλή σε υπερέκταση και τήν γνάθο σε υπεξάρθημα, αποτελεεί τήν πιο πρόσφορη και διαδεδομένη σήμερα μέθοδο. Ό χρόνος έκπνοής πρέπει νά είναι διπλάσιος του αντίστοιχου τής είσπνοής. Πρέπει νά τονιστεί ότι οι έμφυσις αυτές πρέπει νά συνδυάζονται με έξωτερικές καρδιακές μαλάξεις, γιατί άλλιώς

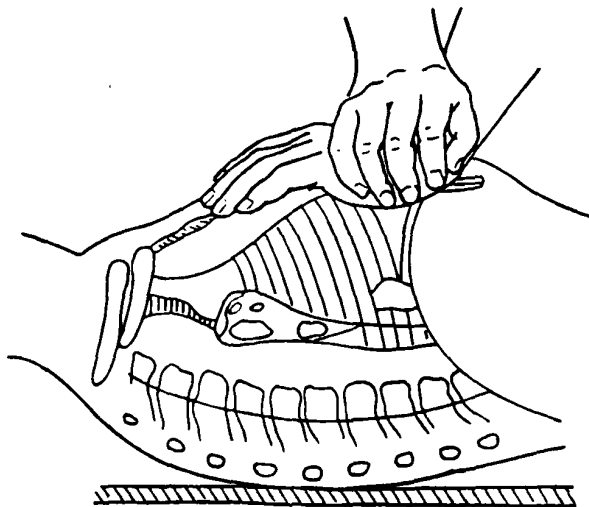


δέν αποδίδουν, όπως είναι εύνοητο. Έτσι η έναλλαγή γίνεται με ρυθμό, μί α έ μ φ ύ σ η σ η γ ι ά τ έ σ σ ε ρ ε ς μ α λ ά ξ ε ι ς. (εχ.9)

Από τις κλασικές μέθοδες τεχνητής αναπνοής, πού περιγράφηκαν κατά καιρούς, η καλύτερη παραμένει του Holger Nielsen, η οποία υποβοηθάει τούς δυό αναπνευστικούς χρόνους. Ο πάσχων βρίσκεται σέ θέση πρηνή.

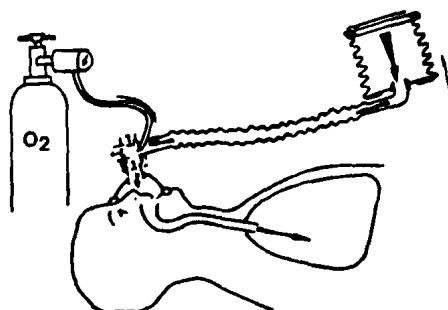
ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ ΜΕ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ. Αύτες περιλαμβάνουν υποχρεωτικά τή διασωλήνωση τής τραχείας καί τή χρησιμοποίηση διαφόρων μηχανημάτων, από τήν απλή μάσκα Αβου, πού επιτρέπει τή χορήγηση άέρα η σέ μίγμα μέ O_2 , μέχρι τούς ειδικούς αναπνευστήρες.

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΗΡΕΣ. Τά όργανα αυτά έξασφαλίζουν τόν ένδοτραχειασμό άερισμό είτε μέ μονομετρική ρύθμιση είτε μέ ρύθμιση τών όγκων άερίων (άέρα καί O_2), από τά όποια ό πιο καλόσ καί ικανοποιητικός είναι ό αναπνευστήρας Ångström, πού επιτρέπει νά ρυθμίζεται ανεξάρτητα η συχνότητα καί η πίεση τών χορηγουμένων άερίων καί πού μπορεί κατά συνέπεια νά χρησιμοποιείται σ' όλουσ τούς τύπουσ αναπνευστικής άνεπάρκειασ. Άλλά αυτά τά όργανα είναι άκριβά καί άρκετά σύνθετα καί δέν μπορούν νά χρησιμοποιηθούν παρά σέ νοσοκομειασό περιβάλλον. Επίσης η συντήρησή τουσ είναι ιδιαίτερα άπαιτητική. Οι άσθενεισ πού είναι συνδεδεμένοι μέ τέτοιουσ αναπνευστήρεσ πρέπει νά υποβάλλονται σέ συχνούσ έλέγχοσ σ π ι ρ ο - μ ε τ ρ ι κ ο ύ ς, τουσ αρτημού, τής άρτηριακήσ πιέσεωσ, κ.λ.π. όπως καί σέ έπανολαμβανόμενεσ βιολογικήσ καί λοιπέσ λειτουργικήσ έξετάσεισ.



Σχ. 9. Έξωτερικέσ καρδιακέσ μαλάξεισ.





Σχ. 10 Μηχανική, τεχνητή άναπνοή με O₂.

Έτσι ανάλογα με τις συνθήκες της αναπνευστικής άναπνοής, (άτυχήματα στό δρόμο, σέ νοσοκομειακό περιβάλλον, στό χειρουργείο), ανάλογα μέ τόν τύπο της αναπνευστικής άνεπάρκειας (τραυματικής, τοξικής, μηχανικής, κ.λ.π.) θά προσδιοριστούν οι άνάγκες καί οι δυνατότητες της αναπνευστικής άναπνοής. (Σχ. 10)

2. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ. Στις αναπνευστικές άνεπάρκειες άπό άτυχήματα ή τοξικά αίτια πού θέτουν ιδιόμορφα προβλήματα, οι ένδείξεις τών μεθόδων αναπνευστικής άναπνοής ποικίλουν ανάλογα άν πρόκειται για μηχανικά αίτια, για βλάβες του αναπνευστικού κέντρου, του τραχειοβρογχικού δέντρου ή του αναπνευστικού παρεγχύματος.

I. Ή φυσιολογική αναπνευστική λειτουργία μπορεί νά παραωλύεται άπό βλάβες του θωρακικού τοιχώματος (π α ρ ά δ ο ξ ο ς ά ν α π ν ο ή, θ ω ρ α κ ο π λ α σ τ ι κ ή), παράλυση μεσοπλευρίων νεύρων ή του διαφράγματος. Οι βλάβες αυτές στις όποιες μπορεί νά προστεθεί καί ή παροξυσμική κρίση του τετάνου, πρέπει νά αντιμετωπίζονται μέ τεχνητή άναπνοή. Άναφορικά μέ τή μηχανική παρεμπόδιση της άναπνοής, έξαιτίας μεγάλων ύπε-

ζωοτικών συλλογών, ή ανάληψη άρείλει πριν άπ'όλα νά περιλάβει τήν έκκενωτική παρακέντηση και τήν όξυγονοθεραπεία.

2. Οί βλάβες του άναπνευστικού κέντρου, ανεξάρτητα άν άρείλονται σέ φλεγμονώδη αίτια, τραυματικά, άγγειακά ή τοξικά, πρέπει νά υποβάλλονται σέ τεχνητή άναπνοή μέ άναπνευστήρα για νά κρατηθοῦν έλεύθερες οί άεροφόρες όδοί.

3. Τά τραχειοβρογχικά κωλύματα έπιφέρουν διαταραχές μάλλον σημαντικές του άερισμού και άνάλογα μέ τή φύση τους (ξένα αίματα, πίεση έξωγενής, υπερέκκριση βρογχική). Σέ όλες τίς περιπτώσεις όξυγονοθεραπείας πρέπει νά προηγηθεί ή έκφραξη τών διαφόρων όδών όπως και ή τραχειοστομία άν είναι μερικές φορές άναγκαία. Ό βρογχόσπασμος σέ άσθματική κατάσταση δημιουργεί ό ίδιος έπίσης άναπνευστικό κώλυμα πού πρέπει νά άρθεϊ μέ κορτικοειδή και άμιναφυλλίνη.

Ή βοήθεια άναπνοής υπό άτμόσφαιρα O_2 (τέντα) είναι χρήσιμη.

4. Στο πνευμονικό παρέγχυμα οί όξεϊες πνευμονοπάθειες ή οί παροξυσμοί χρόνιας πνευμονικής παθήσεως, μπορεί νά άπαιτήσουν τήν παροχή όξυγόνου. Όμοια ή όξυγονοθεραπεία θά έφαρμοστεί για τίς μικρές πνευμονικές έμβολές μαζί μέ άμιναφυλλίνη, όπιούχα, και στήν άνάγκη τεχνητή άναπνοή μηχανική (άναπνευστήρες) για τό πνευμονικό οίδημα πού έπιμένει όπως και για τίς άτελεκτασίες άφού προηγηθεί βρογχοαναρόρηση.

5. Τέλος μερικές άναπνευστικές ανεπάρκειες άτυχημάτων, συχνά άλλωστε συνοδευόμενες μέ διακοπή τής καρδιακής λειτουργίας, θέτουν θεραπευτικά προβλήματα δύσκολα προς επίλυση, γιατί ή θεραπεία πρέπει νά άναληφθεϊ έξαιρετικά έπειγόντως και υπό συνθήκες αντίξοες όπως είναι πλημύρες, σεισμοί, άμαδικά τροχαία άτυχήματα κ.λ.π. Έτσι μπορεί νά άπαιτηθεϊ ταυτόχρονη έκτέλεση έξωτερικών καρδιακών μαλάξεων, έκφράξεως τών άεροφόρων όδών και τεχνητής άναπνοής στόμα μέ στόμα. Όμοίως ή διακοπή τής άναπνευστικής λειτουργίας άπό ήλεκτροπληξία ή δηλητηρίαση μέ CO ή βαρβιτουρικά άπαιτεί τεχνητή άναπνοή, όξυγονοθεραπεία και καρδιακές μαλάξεις.

Φαίνεται λοιπόν ότι οί άναπνευστικές ανεπάρκειες όποιασδήποτε αρχικής αίτίας, πού πολύ ποικίλουν, μπορεί νά έπιδεινωθοῦν δευτεροπαδώς μέ τήν άνάπτυξη φαινομένων συνκασμένων μέ τήν άνοξία ή τίς βρογχικές έκκρίσεις. Έτσι ή θεραπεία άπέχει άπό τό νά είναι όμοιόμορφη και άρείλει μερικές φορές νά συνδυάζεται μέ διάφορες μέθοδες πού όλες άποβέπουν στήν άποτροπή τής κυτταρικής άνοξίας, ιδιαίτερα τής έγκεφαλικής.



II. ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΑΝΗΣΗ

Ἡ διοκοπή τῆς καρδιακῆς λειτουργίας, πού φυσικά ἀναστέλλει τὴν κυκλοφορία, καταλήγει σὲ ὀξεία ἀνοξεία, τὴν ὁποία τὰ ἐγκεφαλικὰ κύτταρα δὲν ἀνέχονται περισσότερο ἀπὸ τρία ὡς τέσσερα λεπτά, πέρα ἀπὸ τὰ ὁποῖα νεκρῶνεται. Ἔτσι εἶναι ἐπιτακτικὴ ἀνάγκη μέσα σ' αὐτὸ τὸ μικρὸ διάστημα νὰ γίνῃ ἡ διάγνωση καὶ νὰ δοθεῖ ἀποτελεσματικὴ θεραπεία δηλαδὴ ἐγκεφαλικὴ τουλάχιστον κυκλοφορία μὲ ὀξυγονωμένο αἷμα.

1. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΜΕ ΟΞΥΓΟΝΩΜΕΝΟ ΑΙΜΑ

α) ΟΞΥΓΟΝΩΣΗ. Αὐτὴ πραγματοποιεῖται καλύτερα μὲ διασωλήνωση τῆς τραχείας καὶ χρησιμοποίησι ἀναπνευστήρα. Μερικὲς φορές ἡ βοήθεια δίνεται μὲ τὴ μορφή τεχνητῆς ἀναπνοῆς στόμα μὲ στόμα ἢ μ' ἕναν φορητὸ ἀσπύ ἀσκό τύπου Αβου. Ὁ ἀσθενὴς πρέπει νὰ ἔχει τὴν κεφαλὴ του πιὸ χαμηλά ἀπὸ τὸ λοιπὸ σῶμα.

β) ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΜΑΛΑΞΕΙΣ. Αὐτὲς πρέπει νὰ ἐφαρμοστοῦν ταυτόχρονα μὲ τὴν ἀναπνευστικὴ ἀνάτηξη.

1. Οἱ ἐξωτερικὲς καρδιακὲς μαλάξεις δυνατὲς παντοῦ καὶ ἄμεσα ἐφαρμοζόμενες, εἶναι ὄχι σπάνια ἐπαρκεῖς. Ὁ ἀσθενὴς πρέπει νὰ εἶναι ἑστρωμένος σὲ σκληρὸ στρώμα μὲ τὸ κεφάλι χαμηλά. Οἱ μαλάξεις γίνονται μὲ ἀπότομη συμπίεση τοῦ θώρακα μὲ τίς παλάμες τῶν δυῶν χειρῶν σταυρωμένες στὸ κατώτερο ὄμορο τοῦ στέρνου. Κάθε πίεση αἴρεται ἀπότομα. Ὁ ρυθμὸς εἶναι περίπου 60/μίν. Αὐτὲς πρέπει ἐπίσης νὰ εἶναι συγχρονισμένες μὲ τίς ἀναπνευστικὲς ἐμφυσησεις καὶ μὲ ρυθμὸ μίᾱ ἐμφύσησι γιὰ τέσσερες μαλάξεις. Ὅπωςδήποτε ἡ μέθοδος εἶναι βάρβαρη καὶ, καὶ ἐκτελούμενη, μπορεῖ νὰ προκαλέσει κατὰγματα πλευρῶν, μερικὲς φορές αἱμοθώρακα ἢ αἱμοπερικάρδιο. Στὸ παιδί ὁ θώρακας εἶναι πολὺ μαλακὸς καὶ γι' αὐτὸ οἱ μαλάξεις μποροῦν νὰ γίνονται μὲ τρία μόνο δάκτυλα.

2. Οἱ ἀμεσὲς καρδιακὲς μαλάξεις μποροῦν νὰ πραγματοποιηθοῦν μὲ ἐπείγουσα θαρρακοτομὴ στὸ 4ο ἢ 5ο μεσοπλεύριον διάστημα ἀριστερά. Ἡ καρδία ἀποκαλύπτεται στὸ ἐπίπεδο τῶν κοιλιῶν, διανοίγεται τὸ περικάρδιο καὶ ἐκτελοῦνται πλήρεις μαλάξεις ἥπιες. Ὁ ρυθμὸς τους εἶναι συνάρτηση τῆς ταχύτητος πληρώσεως τῶν κοιλιῶν. Αὐτὴ ἡ ἀμεσὴ προσπάθεια ἐπιτρέπει νὰ κριθεῖ ἡ ἐπάρκεια τῶν καρδιακῶν μαλάξεων καὶ τῆς καταστάσεως τοῦ μυοκαρδίου, ἐνῶ διευκολύνει τίς ἀναγκαῖες ἐνδοκαρδιακὲς ἐγχύσεις φαρμάκων.

3. Ἡ ἐπάρκεια τῶν ἐξωτερικῶν μαλάξεων πρέπει νὰ εἶναι ἐλεγχόμενη μὲ τὴν ψηλάφηση τοῦ ἀρτημοῦ στίς μηριαῖες ἢ στὴν καρωτίδα, τὸν ἐπανακατατισμὸ τῶν βλεννογόνων καὶ τοῦ δέρματος, τὴ μείωση τῆς μυδρίασεως, πού



είναι σημεία αξιολογήσεως αυτής. Με άνοιχτό θώρακα ή διψη, ο τόνος του μυοκαρδίου και ή πλήρωση της καρδιάς άποτελούν στοιχεία προγνωστικά. Ταυτόχρονα καταβάλλεται προσπάθεια για την άποκατάσταση της κυκλοφοριακής ίσορροπίας με μεταγγίσεις και χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων.

2. ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΑΝΗΨΗ.

Κατά και μετά την παροχή της επείγουσας θεραπευτικής, πολλά ένδεχόμενα μπορούν να παρουσιαστούν:

1. Έπανεμφάνιση ικανοποιητικών καρδιακών παλμών και άναπνευστική άνάνηψη σχετικά βραδεία.
2. Άνεπαρκείς καρδιακοί παλμοί πού πρέπει να βοηθηθούν με την παράταση των μαλάξεων ή με τή χορήγηση καρδιοτονωτικών φαρμάκων ένδοκαρδίαως ή ένδοκαρδιακάως, όπως άδρεναλίνη, χλωριούχο άσβέστιο κ.λ.π.
3. Καρδία ούδέτερη, άδρανής και μαλακή, πού παρά την έγχυση μεγάλων δόσεων άδρεναλίνης ούδεμία αντίδραση παρουσιάζεται, γεγονός πού σημαίνει πρόγνωση κακή αλλά πού πρέπει παρόλα αυτά να συνεχιστούν οι μαλάξεις.
4. Καρδία σε μαρμαρυγή. Στην περίπτωση αυτή πρέπει με ήλεκτρικά μέσα (άπινιδωτής) είτε διαχωρικά έξωτερικάως, είτε έπικαρδιακάως με τά ήλεκτρόδια δηλαδή σε έπαφή στό μυοκάριο, να προκληθεί έρεθισμός της καρδιάς, όποτε πολλές φορές επανέρχεται ο καρδιακός παλμός. Η χρησιμοποίηση ένδοκαρδιακάως ξυλοκαΐνης έπιτρέπει κάποτε να άποτραπούν οι άλληλοδιάδοχες κρίσεις μαρμαρυγής. Η έπιπρόσθετη χορήγηση διττανθρακικού νατρίου σε μεγάλες δόσεις είναι ιδιαίτερα χρήσιμη.

Πρέπει τελικά και πάλι να υπογραμμιστεί ότι οι καρδιακές μαλάξεις δέν μπορεί να καταλήξουν σε ικανοποιητικό άποτέλεσμα άν ταυτόχρονα δέν έχει έξασφαλιστεί έπαρκής όξυγόνοση.

3. ΕΠΟΜΕΝΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΑΝΗΨΕΩΣ

Αυτές είναι άπλές άν ή άνάνηψη έχει εφαρμοστεί πολύ γρήγορα και πριν από την παρόδο διαστήματος μεγαλύτερου των τριών ως τεσσάρων λεπτών. Άντίθετα, κι άν κάποτε ή καρδία έπαναλειτουργήσει φυσιολογικά, στις πιο εύνοϊκές περιπτώσεις παρατηρείται άπλή καθυστέρηση στην άφύπνιση και στην αυτόματη άναπνοή. Άλλά πολύ συχνά ο άσθενής πέφτει σε κώμα περισσότερο ή λιγότερο βαθύ και κρατείται στη ζωή με τεχνητή άναπνοή (άναπνευστήρας) και κυκλοφορία με συνεχή φαρμακευτική βοήθεια για τή διατήρηση της άρτηριακής πίεσεως και της καρδιακής λειτουργίας, αλλά πού δέν έκλείπουν οι πιθανότητες νέας καρδιακής παύσεως αλλά και άπευκταλισμού.



Σε τέτοιου είδους καταστάσεις είναι πάρα πολύ δύσκολη η απόφαση δικαιωτής της απέλειδας αυτής ανανήψεως. Φαίνεται ότι μπορεί να εγκαταλειφθεί κάθε προσπάθεια μετά από μισή ώρα έντατικής άνα ν ή ψ ε ω ς, που δεν απέδωσε παρά καρδιά πλαδαρή και μαλθακή, αλλά και πλήρη μυδρίαση αμετάβλητη. 'Από τ' άλλο μέρος πρέπει να σημειωθεί ότι όταν η ανάνηψη δεν μπόρεσε να αναλειφθεί παρά μετά 10 πίν ή περισσότερο καρδιακής διακοπής, κάθε προσπάθεια είναι καταδικασμένη σε αποτυχία. Αυτό τό τελευταίο άτυχώς παρατηρείται συχνά, τόσο έξαιτίας της καθυστέρησης της θεραπευτικής άγωγής, όσο και τών πνευμονικών βλαβών ή τών συνοδών τών στεφανιαίων, που αποκλείουν από την άρχή κάθε προσπάθεια.

Συμπερασματικά: σε καρδιακή παύση είναι απόλυτα άπαραίτητο να συνυπάρχει χορήγηση έπαρκους όξυγόνου με καρδιακές μαλάξεις και άποκατάσταση του κυκλοφορούντος αίματος. Θεραπεία ακόμα όρθή δεν μπορεί να έλπίζει σε έπιτυχία άν δεν έφαρμοστεί μόλις μερικά λεπτά μετά τό άτύχημα.



Ι Σ Ο Λ Ο Γ Ι Σ Μ Ο Σ Υ Δ Α Τ Ο Σ - Η Λ Ε Κ Τ Ρ Ο Λ Υ Τ Ω Ν

Β Ι Ο Λ Ο Γ Ι Κ Η Α Ν Α Ν Η Ψ Η

Ἡ ἐπιτήρηση τῆς ἠλεκτρολυτικῆς ἰσορροπίας, τῶν φυσιολογικῶν ἐπιπέδων γλυκόζης, λευκωμάτων λιπῶν καὶ λιπιδίων, καὶ τῶν λειτουργιῶν ἀναπνοῆς καὶ κυκλοφορίας ἔχει προκαλέσει μιὰ καθοριστικὴ πρόοδο στὴ χειρουργικὴ. Ἔτσι σύγχρονη ἀνάτηξη καὶ ἀναισθησία κατέστησαν δυνατὲς χειρουργικὲς πράξεις ἄλλοτε ἀδιανόητες καὶ σὲ ὄργανα ποὺ χαρακτηρίζονταν ἀθικτα.

Ὁ σκοπὸς τῆς ἀνατήξεως εἶναι τριπλός:

1. Νὰ ὀδηγήσει στὴν ἐγχειρητικὴ πράξη τὸν ἀσθενὴ στὴν καλύτερη δυνατὴ κατάσταση καὶ νὰ τὸν προετοιμάσει γιὰ τὴν ἀνοχὴ τῆς χειρουργικῆς "βίας" χωρὶς σοβαρὲς ἐπιπτώσεις.
2. Νὰ ἐλαχιστοποιήσει ὅσο τὸ δυνατό τίς διαταραχὲς ποὺ εἶναι συμφορασμένες μετὰ τὴν ἐγχειρητικὴν πράξη καὶ τὴν ἀναισθησία καὶ νὰ τίς ἀντιμετωπίσει ἐπαρκῶς.
3. Νὰ θεραπεύσει τίς βιολογικὲς διαταραχὲς στὴ μετεγχειρητικὴ περίοδο, καὶ νὰ ἐξασφαλίσει ἴαση καὶ ἀνάρρωση ἀνετη καὶ τὸ δυνατόν ταχύτερη.

Πρόκειται ἐπομένως γιὰ μιὰ σειρά μεθοδικῶν καὶ ἀκριβῶν πράξεων, κλινικῶν καὶ παρακλινικῶν, ποὺ περικλείουν καὶ τὴν ἐγχειρητικὴν πράξη, καὶ ποὺ δὲν μπορεῖ νὰ ἀγνοηθοῦν ἢ νὰ μειωθοῦν μέχρι τώρα.

Ι . Β Α Σ Ι Κ Ε Σ Γ Ν Ω Σ Ε Ι Σ

Τ Ο Ε Σ Ω Τ Ε Ρ Ι Κ Ο Π Ε Ρ Ι Β Α Λ Λ Ο Ν

Πρόκειται γιὰ τὸ ὑγρὸ στοιχεῖο μέσα σὲ ὁποῖο κολυμπᾷ ἡ ζῷσα ὕλη, ποὺ ὅμως δὲ διαμοιράζεται ὁμοίωμα γύρω στὰ κύτταρα. Αὐτὸ περιλαμβάνει τὸ ἐνδοκυττάριο μέρος (40% τοῦ βάρους τοῦ αἵματος) καὶ τὸ ἐξωκυττάριο μέρος (20% τοῦ βάρους τοῦ αἵματος), ποὺ χωρίζονται μεταξὺ τους ἀπὸ τὴν κυτταρικὴ μεμβράνη. Τὸ νερὸ παίζει πρωταρχικὸ ρόλο στὴ σύνθεση αὐτῶν τῶν δύο χώρων. Στὸν ἐξωκυττάριο χῶρο παίρνει μέρος στὴ σύσταση τοῦ διαμεσοῦ ὑγροῦ, τοῦ αἵματος (πλάσμα), τῆς λέμφου, τοῦ ἐγκεφαλονωτιαίου ὑγροῦ, τοῦ διαγούρου ὑγροῦ τοῦ ὀφθαλμοῦ, τοῦ ὑγροῦ τῶν ἀρθρώσεων. Ἡ μέση περιεκτικότητά τοῦ αἵματος σὲ νερὸ εἶναι 60% περίπου τοῦ βάρους στὸν ἀνδρα καὶ 50% περίπου στὴ γυναῖκα.



Ἡ ἰσορροπία μεταξύ τῶν δυῶν αὐτῶν χώρων ἐξαρτᾶται ἀπὸ τὴν περιεκτικότητα τοῦ ὑγροῦ σὲ ἠλεκτρολύτες καὶ λευκώματα, σάκχαρο καὶ λίπη. Ἔτσι μπορεῖ νὰ ὑπολογιστοῦν ἀνιόντα καὶ κατιόντα τῶν ἐνδοκυτταρικών καὶ ἐξωκυτταρικών ὑγρῶν καὶ αὐτὰ νὰ ἐκφραστοῦν σὲ mEq (χιλιοστοῖοσ δύναμα).

ΚΥΡΙΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΣΕ ΙΟΝΤΑ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΚΑΙ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ

Τὸ κυτταρικό ὑγρὸ, 40% τοῦ βάρους τοῦ αἵματος, ὑπολογίζεται σὲ 30 λ. Περιορίζεται ἀπὸ τὴν κυτταρική μεμβράνη πού εἶναι πολὺ διασπῆδητή στὴν οὐρία καὶ στὸ νερὸ καὶ λιγότερο στοὺς ἠλεκτρολύτες. Γιά τοὺς τελευταίους αὐτοὺς, μηχανισμοὶ ὀρμονικοὶ καὶ ἐνζυματικοὶ, ρυθμίζουν, μὲ τὴν κλίση (gradient) πυκνότητας ἢ τὴν κλίση (gradient) ἠλεκτρικοῦ δυναμικοῦ, τὴν ἐκλεκτικὴ διαβατότητα αὐτῶν.

Τὸ κατιόν Κ εἶναι τὸ ἰόν πού βρίσκεται στὴν πιὸ ὑψηλὴ πυκνότητα: 110-150 mEq ἄλλὰ τὸ ἀνταλλάξιμο Κ ἀποτελεῖ ἓνα καλὸ ἀντιπροσωπευτικὸ δεῖγμα τοῦ ὀλιγοῦ Κ.

Ἐπίσης ἐκεῖ ἔχουν ὑπολογιστεῖ καὶ τὰ ὀμόλουθα ἰόντα:

Mg	35 mEq/λ
Na	20 mEq/λ
PO ₄ ^H	80 mEq/λ

Τὸ ἐξωκυττάριο ὑγρὸ, 20% τοῦ βάρους τοῦ αἵματος ἀντιπροσωπεύει 12λ. Περιλαμβάνει τὸ π्लाσματικό καὶ τὸ διάμεσο ὑγρὸ πού χωρίζονται ἀπὸ τὴν μεμβράνη τῶν τριχοειδῶν, διαβατὴ στὸ νερὸ καὶ τοὺς ἠλεκτρολύτες, πού κρατᾶει ὅμως τίς πρωτεΐνες.

Ἡ σύνθεση σὲ ἠλεκτρολύτες τοῦ π्लाσματικοῦ ὑγροῦ εἶναι:

Κ Α Τ Ι Ο Ν Τ Α		
(155 mEq/λ)		
	mEq	Βάρος/λ
Na	142	3,20 g/λ
K	5	200 mg/λ
Ca	5	100 mg/λ
Mg	3	25 mg/λ



ΑΝΙΟΝΤΑ			
(155 mEq/ℓ)			
	mEq	Βάρος/ℓ	
Cl	103	3,60	gr/ℓ
CO ₃ H	27	60	όγκοι
PO ₄	2	35	mg/ℓ
SO ₄	1		
Όργανικά όξέα	6		
Λευκώματα	16	75	gr/ℓ

ΔΙΑΜΕΣΟ ΥΓΡΟ. Ή σύνθεσή του είναι παρόμοια με εκείνη του πλασματικού υπερδιηθήματος, φτωχού σε πρωτεΐνες (2 gr/ℓ) και πλούσιου σε Cl (100 mEq/ℓ).

ΑΝΤΑΛΛΑΓΗ ΝΕΡΟΥ ΣΤΑ ΔΙΑΦΟΡΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ

Πρέπει να διακριθούν δύο περιπτώσεις:

1. Ή μετακίνηση του νερού μεταξύ των διαμερισμάτων άγγειακοῦ (πλασματικού) καὶ διαμεσοῦ πού γίνεται μέσω τῆς μεμβράνης τῶν τριχοειδῶν καὶ πού συγκρίνεται με ἡμιδιασηθητή μεμβράνη. Ή μετακίνηση αὐτή ἐλέγχεται ἀπό τόν νόμο τοῦ Starling. Ή ὀγκωτική πίεση ἐξασκεῖται ἀπό τήν ἀλβουμίνη τοῦ ὀροῦ. Αὐτή τείνει νά κατακρατῆσει τό νερό μέσα στά τριχοειδή καὶ ἀντιτίθεται στήν ὑδροστατική πίεση πού τείνει στή διαφυγή του. Ἐτσι ἡ πτώση τῆς ὀγκωτικῆς πίεσης σέ ὑποπρωτεϊναιμία π.χ., εἶναι αἰτία οἰδήματος.
2. Ή μετακίνηση τοῦ νερού μεταξύ ἔξω καὶ ἔνδοκυττάριου χώρου ἐπιτυγχάνεται μέσω τῆς κυτταρικής μεμβράνης πού μοιάζει με ἡμιδιασηθητή μεμβράνη. Ρυθμίζεται βασικά με τοὺς νόμους τῆς ὠσμώσεως καὶ ὅπου ἡ μετακίνηση τοῦ νερού γίνεται ἀπό τή διάλυση τῆ λιγότερο πυκνή πρὸς τήν πυκνότερη, ὅπως καὶ με τήν συμπίκνωση λιπῶν καὶ πρωτεϊνῶν καὶ τῆ μεταβολική δραστηριότητα τῶν κυττάρων.

ΥΔΡΟΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ

Εἰσαγόμενα (τραφές) καὶ ἐξαγόμενα (οὔρα) ρυθμίζονται με διαφορετικούς μηχανισμούς.

ΕἰΣΑΓΟΜΕΝΑ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΑ. Αὐτά ρυθμίζονται με τή δίψα καὶ τή πείνα, ἐκλεκτικά ἐλεγχόμενα ἀπό τά ὑποθαλαμικά κέντρα τοῦ ἐγκεφάλου, εὐαίσθητα στήν ὑδάτωση τῶν κυττάρων.

ΕΞΕΡΧΟΜΕΝΑ. Οἱ ἀπώλειες ἀπό τό δέσμα, πνεύμονες, ἔντερο ὑπόκεινται σέ σύνθετες ρυθμίσεις. Ή ποσότητα τῶν οὔρων ἐξαρτᾶται ἀπό τήν ποσότητα



του νερού που διηθείται στα νεφρικά σπειράματα, και επαισιουργείται στα ούρα ούρα σαληνάκια (15% στα άπώτερα σαληνάκια). Στο σύνολο υπόκεινται στον έλεγχο ορμονικών ή άγγειακών παραγόντων όπως: η αντιδιουρητική ορμόνη (πυρήνες υπεροπτικού και παρακοιλιακού του υποθαλάμου), η άλδοστερόνη (κοκκώδης ζώνη του φλοιού των επινεφριδίων), τα γλυκοκορτικοειδή. Έπικουρικώς ο θυρεοειδής αδένας και οι ωσθήκες παίζουν κάποιο ρόλο στην κατακράτηση ή απώλεια νερού. Επίσης αιμοδυναμικοί παράγοντες (αρτηριακή πίεση) και νευρικοί (άγγειοκινητικότητα) ενεργούν ορμονικά με τους προηγούμενους.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΩΛΕΙΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ

Τό ίσοζύγιο των ποσοτικών και ποιοτικών απωλειών του άξενου και ή γνώση των αναγκών του σέ νερό, ήλεκτρολύτες και θερμίδες έπιτρέπουν νά προσδιορίζεται ό όγκος και ή σύνθεση των υγρών που χορηγούνται κατά την άνάνηψη.

ΤΟ ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΤΟΥ ΝΕΡΟΥ

Πρέπει άρχικά νά υπολογιστεί τό ποσόν των απωλειών που άφορά στην πρίν από την άνάνηψη περίοδο, μέ προσδιορισμό της ήμερομηνίας έναρξεως των διαταραχών (διακοπή της λήψεως τροφών, άνορεξία, έμετοί). Άναωρικώς μέ τό παρόν νά γίνεται ή σύγκριση μεταξύ είσερχομένων και έξερχομένων.

Φυσιολογικά οι πηγές είναι:

Νερό ραφημάτων	1000 ml
Τραφές	1000 ml
Νερό τροφών	500 ml
Σύνολο	2500 ml

Οι απώλειες καταμερίζονται σέ:

Ούρα	1500 ml
Κόπρανα	100 ως 300 ml
Άδηλος άναπνοή	700 ml

Είσερχόμενα και έξερχόμενα ίσοροπούν.

Οι βασικές ήμερήσιες ανάγκες του ένηλικου είναι:

Νερό 40 ml/Kg βάρους.

Νάτριο 6 gr NaCl = 100 mEq (διά νά προσκομιστεί ένα mEq Na πρέπει νά δοθούν 59 mg NaCl ή 84 mg NaHCO₃).



Κάλιο 4 Kg KCl = 50 mEq.

Άσβέστιο 10 ml γλυκονικού Ca ή 5 mEq.

Θερμίδες για τον χειρουργημένο κατά μέσο όρο 2500/24h που κατανέμονται σε υδατάνθρακες 50%, λευκώματα 30%, λίπη 20%.

Αυτές οι ανάγκες τροποποιούνται σε ορισμένες περιπτώσεις.

1. Άνεπαρκής προσαφορά: άνορεξία πλήρης που επιφέρει ελάττωση της θρέψης και αφυδάτωση, όπως και ροφήματα άνεπαρκη, δίαιτα χωρίς αλάτι.
2. Υπερβολικές απώλειες. Τα καλύτερα παραδείγματα αποτελούν τα παρακάτω: Έμετοι από πυλωρική στένωση, απώλεια 500 ml μέχρι 4 l καμιά φορά 6 l τό 24ωρο. Γαστρική αναρρόφηση 2 - 3 l καμιά φορά 4 - 5 l τό 24ωρο. Χοληρόρο συρίγγιο (αωλήνας του Kehr) 500 - 700 ml. Παγκρεατικό συρίγγιο 1 l τό 24ωρο. Διάρροια 500 ml - 2,5 l.

Επίδραση υπερβολική, Πολυουρία: 2 l ή περισσότερο.

Είναι εμφανές ότι εκτός από την ποσότητα του νερού οι απώλειες σε ηλεκτρολύτες είναι σημαντικές, απώλειες όμως που πρέπει να αναπληρωθούν επακριβώς. Ο Setbon τις υπολόγισε ως εξής:

ΥΓΡΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ

	(Περιεκτικότητα σε mEq/l)		
	Na	K	Cl
Στένωση του πυλωρού	75	25	100
Αναρρόφηση γαστρική	100	5	100
Χοληρόρο συρίγγιο	150	10	100
Παγκρεατικό συρίγγιο	150	10	75
Είλεοστομία πρόσφατη	50	10-50	50-100
Διάρροια	100	10-50	50-100

Εκτός από αυτές τις εμφανείς απώλειες πρέπει επί πλέον να προστεθούν οι απώλειες της δηλης αναπνοής, αυξημένες όταν υφίσταται πυρετός (800 ml σε 37,5° C, 900 ml σε 38° C, 1000 ml σε 40° C), να εκτιμηθεί η πρόσφατη μεγάλη απώλεια βάρους, ή οποία δεν μπορεί να οφείλεται παρά σε απώλεια νερού. Επίσης η πτώση του επιπέδου των πρωτεϊνών που εκφράζεται με υπολευκωματαιμία και άτραφια των μυϊκών μαζών, που μπορεί να κρύβεται από υπερυδάτωση και οίδημα.

Η κλινική εξέταση όμως, καθώς και τα αποτελέσματα των βιολογικών εξετάσεων, θα επιτρέψουν να αξιολογηθούν και εκτιμηθούν με ακρίβεια οι ανάγκες, ποιοτικές και ποστικές, των προσεφερομένων υγρών.



III. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΧΩΡΩΝ. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΦΡΑΣΗ.

1. ΕΝΔΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΣ ΧΩΡΟΣ.

Ἡ σημειολογία του ἐρμηνεύει τό πλεόνασμα ἢ τό ἔλλειμμα σέ νερό.

- Ἐλλείμμα σέ ἐνδοκυτταρικό νερό. Ἐκδηλώνεται μέ ζωηρή δίψα, ξηρότητα τοῦ στοματοκαρυγγικοῦ βλεννογόνου, ἐρυθρότητα τοῦ προσώπου καί τῶν βλεφάρων, ξηρότητα τῆς μασχάλης καί τῶν μηροβουβωνικῶν πτυχῶν, μέ ψυχικές διαταραχές (παραλήρημα), καί ὑπερθερμία $40^{\circ} - 41^{\circ} \text{C}$.

- Πλεόνασμα ἐνδοκυτταρικοῦ νεροῦ. Ἐκδηλώνεται μέ διαταραχές:

Ἐγκεφαλικές ὅπως ἀνησυχία, παραλήρημα, κρίσεις ἐπιληπτικές. Ἀσθενής πού παίρνει ἐνδοφλεβίως πολλά ὑγρά καί εἶναι ἀνήσυχος καί μέ παραλήρημα πρέπει μεταξύ τῶν ἄλλων νά θεωρεῖται ὑποπτος γιά κυτταρική ὑπερυδάτωση.

Πεπτικές ὅπως σιτιοφοβία, ἀπώλεια τῆς γεύσεως, ναυτία, ἐμετοί, διάρροια πού ἐρμηνεύει αὐξημένες ἐκκρίσεις.

Νεφρικές: πολυουρία στήν ἀρχή πού τήν διαδέχεται ἀνοουρία ἀπό ὑπερυδάτωση.

2. ΔΙΑΜΕΣΟΣ ΧΩΡΟΣ.

Οἱ μεταβολές τοῦ χώρου αὐτοῦ εἶναι οὐσιωδῶς συνυφασμένες μέ τό ἰόν-νάτριο.

Σημεῖα ἐλλείμματος: πρόσωπο ἰσχνό, ὑποτονία τῶν βλεφάρων, διατήρηση τῶν πτυχῶν τοῦ δέρματος ἐπί ἀρκετό χρονικό διάστημα.

Σημεῖα πλεονάσματος: οἰδημα τῶν βλεφάρων, αὐξηση τοῦ αἱματικοῦ βάρους, περινεφρικό οἰδημα, πού ἐμφανίζονται μετά ἀπό κατακράτηση 3 - 6 λ.

3. ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΟΣ ΧΩΡΟΣ

Σημεῖα ἐλλείμματος: ἀρτηριακή ὑπόταση (ἢ παχίμα κάτω τῶν 90 mm. Hg.), αφυγμός μαλακόσ, εὐπίεστος, ταχύς. Φλέβες πού ἔχουν συμπέσει καί πού πρέπει νά μελετοῦνται στόν ἀσθενή σέ θέση ὀριζόντιας κατάκλισης. Οἱ φλέβες τῆς ράχεις τοῦ χεριοῦ μετά ἀπό ἀνύψωση αὐτοῦ γιά 4 - 5 sec ἐμφανίζονται ἀδειανές καί ξαναγεμίζουν ἀργά σέ θέση τοῦ χεριοῦ ἐπικλινή. Ἡ ἐκπτώση τοῦ ὄγκου τοῦ κυκλοφοροῦντος αἵματος ἐρμηνεύεται μέ λιποθυμίες, κυάνωση τῶν ὠκων, ὀλιγουρία (Setbon).

Σημεῖα πλεονάσματος: ἀρτηριακή ὑπέρταση, συγ-



μός πλήρης καί ισχυρός, έλικοειδής πορεία φλεβών, δύσπνοια καί σημεΐα πνευμονικοϋ οίδηματος.

Εΐδικότερα κλινικά σημεΐα μπορεί νά υποδηλώνουν έλλείμματα ή πλεονάσματα σέ όρισμένα ίόντα. Αναφέρονται γιά παράδειγμα: ύπονατριαιμία από έμετούς, διάρροια πού έρμηνεύεται μέ σημεΐα άφυδατώσεως του έξωκυτταρίου χώρου καί ύποτονία. Ή υπεрнаτριαιμία πρέπει νά θεωρείται πιθανή όταν ύπάρχει δίψα καί οίδηματα, ή υποκαλιαιμία μπρός σέ μιá μεγάλη καταβολή δυνάμεων (κόπωση), κατάσταση άποχαυνώσεως, αύξημένα άνταντακλαστικά, δυσκολίες στην κινητικότητα του πεπτικού σωλήνα. Ή υποασβεστιαιμία είναι ύποπτη σέ σημεΐα τετανίας (σημεΐο του Chvostek, του Trousseau, σπασμός). Ή υπομαγνησιαιμία άποκαλύπτεται από κινήσεις άπορροφητικές, μασητικές, μυϊκού κλώνου του προσώπου, σημεΐο του Chvostek.

Τό εργαστήριο μέ την έκτέλεση του καθημερινού ίσοζυγίου προσκομίζει τή στιγμιαία βιολογική κατάσταση του άσθενους (αΐμα, ούρα, έγκρίσεις). Πρέπει νά ζητούνται οι έξετάσεις συγκεντρωμένες στον άκόλουθο πίνακα:

Στό αΐμα		Στά ούρα	
Αιματοκρίτης		Ποσοτική άνάλυση ούρων 24 h.	
Ποσό λευκωμάτων-λευκωματικό πηλίκο		Ποιοτική άνάλυση (φυσιολογικές τιμές)	
Cl	(3,65 gr/ℓ)	Cl	150 mEq
Na	(3,20)	Na	100 mEq
K	(0,190)	K	50 mEq
Άλκαλική παραναταθήκη			
60 όγκοι	27 mEq	ούρία	15-30 gr/ℓ
pH	7,35		
Άέρια του αΐματος			
Ούρία			
Σάκχαρο			
Δοκιμασία πηκτικότητας			

ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΤΗΣ ΑΝΑΝΗΨΗΣ

Πρέπει νά τονιστεί ότι ή διατροφή προτιμάται σέ όλες τίς περιπτώσεις ή όπου αυτό είναι δυνατόν από τό στόμα ή σέ άδυναμία μέ ρινογαστρικό καθετήρα ή ρινο-γαστρο-νηστιδικό. Άρκετές φορές όμως είναι ύποχρεωτική ή παρεντερική θρέψη μέ την ένδοαφλέβια όδό.

ΟΓΚΟΣ ΤΩΝ ΥΓΡΩΝ ΠΡΟΣ ΜΕΤΑΓΤΙΣΗ. Ή όγκος των χορηγούμενων υγρών γιά την άναπλήρωση των άπωλειών πού έκτιμήθηκαν, ποικίλει γύρω στα 2500 ml τό 24ωρο, όταν πρόκειται γιά άποκλειστικά παρεντερική θρέψη, αλλά πού μπορεί νά είναι πολύ μεγαλύτερος σέ περίπτωση καύστερημένης επανυδατώσεως



ή σε περιπτώσεις αύξημένων άπωλειών.

Νά ένα παράδειγμα άπωλειών για μία μέρα:

Άσθενής Χ:	Ούρα	1200 ml
	Γαστρική άναρρόφηση	1800 ml
	Άδηλος άναπνοή	800 ml
	Κόπρανα	100 ml
	Χοληφόρο συρίγγιο	300 ml
	Σύνολο	4200 ml

Ένας τέτοιος άσθενής πρέπει νά λάβει ποσοτικά 4200 ml υγρά και μέ βάση τόν αιματοκρίτη, τίς συνυπάρχουσες κυκλοφοριακές διαταραχές, τό ΡΗ, και ποιοτικά: όρός σακχαρούχος, διττανθρακικούχος, άλατούχος, αίμα. Μπορεί επίσης νά προσκομιστεί μέρος τών υγρών μέ τή μορφή: διαλύματος άμινοξέων ή πλάσματος, λευκωματίνης, λιπιδίων, κ.λ.π.

ΕΚΛΟΓΗ ΤΩΝ ΥΓΡΩΝ. Αύτή είναι έξατομικευμένη, ιδιαίτερη για κάθε ήμέρα τής νόσου.

Μερικές ιδιόμορφες περιπτώσεις μπορούν νά άναφερθούν:

α) Σημαντική άφυδάτωση (κλινικά σημεία έπιβεβαιωμένα από σ υ μ π ύ κ ν ω - σ η, αιματοκρίτη πάνω από 48 - 50%), ποσοστό λευκωμάτων πάνω από 75 gr/λ, ύ π ό τ α σ η, ά ζ ω θ α ι μ ί α (αύξηση τής ούρίας) άνωτερη από 0,70 gr/λ: χορήγηση σακχαρούχου όροϋ.

β) Σέ περίπτωση άλκαλώσεως μέ συχνή υποχλωραιμία (χαμηλότερη από 98 mEq/λ), και υποκαλιαιμία, άλκαλική παρακαταθήκη μεγαλύτερη από 65 όγκους %, ΡΗ του αίματος άνωτερο από 7,35:

θά δοθεϊ όρός σακχαρούχος μέ 4 gr KCl και 3 gr NaCl ανά λίτρο.

γ) Σέ περίπτωση όξεώσεως: ισότονος όρός διττανθρακικούχος (26 mg NaHCO₃ ανά χιλιόγραμμο βάρους, πού άνεβάζει τήν άλκαλική παρακαταθήκη κατά έναν όγκο).

δ) Σέ περίπτωση υποπρωτεϊναιμίας, άναιμίας, collapsus: αίμα σύμφανα μέ τόν αιματοκρίτη, τό ποσό τών λευκωμάτων ή τήν ποσότητα του άπωλεσθέντος αίματος πού έξωτερικεύθηκε (π.χ. αιματέμεση ή μέλαινα).

Η προσφορά σέ ένέργεια και θερμίδες πρέπει νά υπολογιστεί κατά τρόπο ώστε νά προσφέρονται 2500 θερμίδες/24ωρο, μέ τή μορφή γλυκόζης (όρός σακχαρούχος 10% πού άποδίδει 400 Cal/λ), λευκωμάτων, λιπών.

ΟΙ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΕΣ. θά χορηγηθούν μέ βάση:

Τά κλινικά σημεία πού άναφέρθηκαν, τά δεδομένα του αίματος και τών ούρων, του ήλεκτροκαρδιογραφήματος, τών ποσοτών πού δίνονται από τούς πίνακες ή πού υποδεικνύονται από τίς ποιοτικές και ποσοτικές άναλύσεις τών άπωλεσθέντων ήλεκτρολυτών στά υγρά τής άναρρωτήσεως.

Στήν πράξη: Νάτριο (χλωριούχο, γαλακτικό, διττανθρακικό): για άφυδάτωση



συνολική ή εξωκυτταρική θά χορηγηθούν 50 - 100 mEq Na/ℓ, ήτοι 3 - 6 gr/ℓ. Κάλιο: όταν η διούρηση έχει αποκατασταθεί (30-40 ml/h) θά χορηγηθούν 100 - 200 mEq/24h, ήτοι 8 - 16 gr KCl, κατανεμημένο στα ύγρά της μεταγύσεως.

Άσβεστιο: 1 ως 2 gr στην πρώτη φιάλη με την μαρφή γλυκονικού άσβεστίου ή χλωριούχου άσβεστίου, και πού άνανεώνεται κάθε φορά όπου χορηγείται μία φιάλη αίματος.

Μαγνήσιο: 20 ml διαλύματος 33% σε περίπτωση διακοπής επί μακρού χρονικό διάστημα της διατροφής από τό στόμα.

ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΑ.

1. Βιταμίνες. Αναγράφονται οι ομάδες B, C, αλλά επίσης A, E, PP.
2. Φάρμακα πού δρούν στην πηκτικότητα. Τίς 3 πρώτες ημέρες νά υπολογίζεται πάντοτε, μετά από μία επέμβαση, ο κίνδυνος αιμορραγίας, ίνωδολύσεως, και νά γίνεται ή πλήρης μελέτη των παραγόντων της πήξεως, χωρίς νά ξεχνιέται ο άοιθμός των αιμοπεταλίων. Σε περίπτωση πτώσεως αυτών πρέπει νά μεταγγίζεται πρόσφατο αίμα ή αιμοπετάλια. Στην συνέχεια νά μήν υποτιμάται ο κίνδυνος θρομβώσεως και νά υπάρχει πρόβλεψη χρησιμοποίησης των αντισηπτικών (ήπαρίνη, παράγωγα της δικουμαρόλης).
3. Η ίνσουλίνη. Η προσθήκη 10 I. U. ίνσουλίνης σε φιαλίδιο 500 ml όρου σακχαρούχου 10% εύνοει τό μεταβολισμό του σακχάρου.
4. Άλλα φάρμακα μπορούν νά χορηγηθούν με την ένδοφλέβια όδό σε συσχέτιση με τή νόσο: αντιβιοτικά, καρδιοτονωτικά, κορτικοειδή, άγγειοσυσταλτικά, διουρητικά κ.λ.π.

ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΠΑΡΟΧΗΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΓΓΙΖΟΜΕΝΩΝ ΥΓΡΩΝ

Αυτός προσφέρεται από τόν τύπο:

$$\text{Άριθμός των σταγόνων ανά λεπτό} = \frac{\text{όγκος σε ml}}{3 \times \text{άριθμός ώρων}}$$

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΑΝΑΝΗΨΕΩΣ

Σε περίπτωση επείγοντος κοιλιακού προβλήματος δέν μπορεί νά άναμείνεται επί μακρό ή επαναφορά στην φυσιολογική κατάσταση. Χρονικό διάστημα άνανήψεως 3 - 8 ώρων έπιτρέπει (όπως σε περίπτωση έντερικής άποφράξεως, πυλωρικής στενώσεως με άφυδάτωση, χρονίου choc) τότε νά αποκατασταθούν οι πιο σημαντικές διαταραχές.

Έτσι πρέπει κάθε φορά νά άπαιτείται:

1. Η διατήρηση φλεβικής όδου μεταγγίσεως και ή ταυτόχρονα με τή φλεβοκέντηση λήψη αίματος για εργαστηριακές έξετάσεις.



2. Ἡ τοποθέτηση καθετήρα στὴν οὐροδόχο κύστη καὶ ἡ παρακολούθηση τῆς διούρησης ἀνά ἥρα, πού πρέπει νὰ εἶναι ἀνώτερη ἀπὸ 30 ml.
3. Ἡ κένωση τῶν διατεταμένων περιοχῶν τοῦ πεπτικοῦ σωλήνα ὅπως μὲ τὴ γαστρικὴ ἀναρρόφηση.
4. Ἡ ἀποκατάσταση ἀναπνευστικῆς λειτουργίας ικανοποιητικῆς μὲ τὴν χρησιμοποίηση τοῦ ἀναπνευστήρα Ängstrom ἢ Bird, μὲ βρογχοαναρροφῆσεις καὶ τραχειοστομία ἀκόμη ἂν εἶναι ἀναγκαῖα.
5. Ἡ πρόληψη τῶν καταλίσεων πού περιλαμβάνονται στὸ σύνολο τῶν φροντίδων νοσηλείας τῶν βαρέως πασχόντων.
6. Ἡ ἀπαραίτητη τήρηση φύλλου ἀνανήψεως, ὅπου ἀναγράφονται ὅλα τὰ στοιχεῖα τῆς ἀνανήψεως ὅπως ἀρτηριακὴ πίεση, σφυγμὸς, ρυθμὸς ἀναπνοῶν, ἐκτέλεση μεταγγίσεων καὶ ἥρα ἐνάφειας, συμβάματα ὅπως αἱμορραγία, δύσπνοια, ἐμβολή, ρίγος, ὑπερθερμία κ.λ.π.

ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΣΤΙΣ ΑΠΩΛΕΙΕΣ

Αὐτὴ εἶναι πολὺ περιορισμένη: ὅπωςδήποτε εἶναι σημαντικό νὰ τονιστεῖ ὅτι ὅσο πρῶϊμη εἶναι ἡ διατροφή ἀπὸ τὸ στόμα, τόσο οἱ μετεγχειρητικὲς ἡμέρες εἶναι πρῶϊμες. Ὁ στόχος ἐπιμένως εἶναι νὰ καταργηθεῖ ἡ γαστροδωδεκαδακτυλικὴ ἀναρρόφηση μόνις τοῦτο εἶναι δυνατὸ καὶ νὰ ἀρχίσει ἡ φυσιολογικὴ διατροφή, μόνις ἡ κινητικότητά ἔχει ἀποκατασταθεῖ (κενώσεις, ἀέρια, ἀπουσία ἐμέτων).



ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΗ ΑΔΕΝΑ

ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΜΝΗΣΗ

Ὁ θυρεοειδής εἶναι ἀδένας ἔνδοκρινής, τοποθετημένος στήν πρόσθια περιοχή τοῦ τραχήλου, πλεῖον πάνω ἀπό τή λαβή τοῦ στέρνου καί πλεῖον κάτω ἀπό τό ὑοειδές ὄστρο. Πρὸς τὰ πλάγια βρίσκεται τό πρόσθιο χεῖλος τοῦ στερνοκλειδομαστοειδοῦς μύος. Σέ τομή τῶν ἐπιφανειακῶν στρωμάτων οἱ κάτω ἀπό τό ὑοειδές ὄστρο μύες σχηματίζουν δύο στράματα ὑπερκείμενα: τό πρῶτο σχηματίζεται ἀπό τό στερνο-κλειδο-ὑοειδῆ καί τόν ἀμρυοειδῆ καί τό δεύτερο στράμα σχηματίζεται ἀπό τόν στερνοθυρεοῦδῆ. Μέ τήν ἔλξη τῶν μυῶν καί τή διατομή τῶν τραχηλικῶν ἀπνευράσεων ἀποκαλύπτεται ὁ θυρεοειδής πού σχηματίζεται ἀπό δύο πλάγιους λοβούς, μέ τόν μεγαλύτερο ἄξονα κάθετο, συνδεδεμένοι μέ τόν ἐγκάρσια φερόμενο ἰσθμό. Στό ἀνώτερο χεῖλος τοῦ ἰσθμοῦ συνδέεται ἡ πυραμίδα τοῦ Lalouette.

Θυρεοειδεῖς ἐπικουρικοὶ μπορεῖ νά ὑπάρχουν στήν περιοχή μεταξὺ τοῦ ὑοειδοῦς καί τῆς βάσεως τῆς γλώσσας (ἀδένες τοῦ ZuckerKandle), στήν περιοχή μπροστά καί πίσω ἀπό τό ὑοειδές, ἢ κάτω ἀπό αὐτό, καί τέλος πλάγιοι θυρεοειδεῖς πού βρίσκονται κατά μήκος τοῦ στερνοκλειδομαστοειδοῦς.

Ὁ θυρεοειδής ἀδένας φυσιολογικά ἔχει πλάτος 6 cm καί ὕψος, μετρούμενο στοὺς λοβούς, ἐπίσης 6 cm. Τό βάρος του εἶναι κατά μέσον ὄρο 30 gr καί τό χρῶμα του καφέ ἐρυθρωτό.

Ἡ ὀπίσθια ἐπιφάνεια τοῦ ἰσθμοῦ καί ἡ ἔσω τῶν λοβῶν πλάγια ἔρχονται σέ σχέση, ἀπό πάνω πρὸς τὰ κάτω μέ τόν θυρεοειδῆ χόνδρο, τόν κρικοειδῆ, καί κυρίως τήν τραχεία ἀπό τό πρῶτο μέχρι τό πέμπτο ἡμικρίκιο. Οἱ πλάγιοι σύνδεσμοι τοῦ Cribber συνδέουν τήν τραχεία καί τό σῆμα τοῦ θυρεοειδῆ. Ἔτσι ἐρμηνεύεται ἡ ταυτόχρονη κινητικότητα τοῦ θυρεοειδῆ ἀδένα μέ τήν τραχεία στίς καταπονητικές κινήσεις. Τό σημεῖο αὐτό εἶναι κεφαλαιῶδες στήν κλινική σημειολογία τοῦ θυρεοειδῆ ἀδένα.

Στήν ὀπίσθια ἐπιφάνειά τους οἱ πλάγιοι λοβοὶ ἔρχονται σέ σχέση μέ τὰ παλίδρομα λαρυγγικά νεῦρα καί τοὺς παραθυρεοειδεῖς ἀδένες, στοιχεῖα πού ἀντιπροσωπεύουν τόν κίνδυνο στή χειρουργική τοῦ θυρεοειδῆ ἀδένα.

Ἡ ἐκκρινόμενη ὁρμόνη ἀπό τόν θυρεοειδῆ ἔχει σύνθεση λευκιματοῦχο καί εἶναι ἡ θυροξίνη. Ἡ ὁρμόνη αὐτή συγκεντρώνεται ἀρχικά στά κυστίδια, πού σχηματίζουν τὰ ἀδενικά κύτταρα, τοποθετημένα στό τοίχωμά τους. Ἡ θυροξίνη παρεμβαίνει γιά νά ἐνεργοποιήσῃ τό μεταβολισμό καί τήν αὐξησῆ.



Σε υπερέκκριση έπενεργεί όμοια, όπως μιά τοξική ούσια, για τόν καρδιακό μύ, του οποίου αύξάνει τό ρυθμό. Στοιχείο βασικό, ή έκκριση τής θυροξίνης βρίσκεται κάτω από τήν έξάρτηση μιās άλλης όρμόνης, πού προέρχεται από τόν πρόσθιο λοβό τής υπόφυσης, τής θυρεοτρόπου όρμόνης ή T S H, πού σε υπερβολική έκκριση προκαλεί ταυτόχρονα υπερέκκριση του θυρεοειδῆ αδένου καί έξώφθαλμο. Σε φυσιολογική κατάσταση τό ποσοστό τής T S H, πού κυκλοφορεί, είναι χαμηλό καί καθορίζεται από τό ποσοστό τής θυροξίνης. Μιά τάση για πτώση τής κυκλοφορούσας θυροξίνης, προκαλεί αύξηση τής T S H, πού μέ τή σειρά της έπαναφέρει στο φυσιολογικό τό ποσοστό τής θυροξίνης. Στή νόσο του Basedow ή πρωταρχική διαταραχή μοιάζει νά είναι ή υπερπαραγωγή τής T S H, γεγονός πού έρμηνεύει τήν υπερλειτουργία του θυρεοειδῆ καί τόν έξώφθαλμο. Η αύξηση τής θυροξίνης πού κυκλοφορεί έλαττώνει τήν έκκριση τής T S H. Μετά από θυρεοειδεκτομή ή πτώση τής θυροξίνης προκαλεί υπερέκκριση τής T S H μέ τόν κίνδυνο προκλήσεως κακοήθου έξώφθαλμου. Αντίθετα στο τοξικό αδένωμα ή αύξηση τής θυροξίνης έχει προέλευση καθαρά θυρεοειδική.

ΓΕΝΙΚΗ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ

1. ΣΗΜΕΙΑ ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΑ

Αυτά είναι άσταθή, πρέπει όμως νά αναγνωρίζονται: Τά ά λ γ η στον τράχηλο, πού στήν πραγματικότητα είναι σ π ά ν ι α, π ι ε σ τ ι - κ ά φ α ι ν ό μ ε ν α μέ άποτέλεσμα διαταραχές τής άναπνοῆς, τής φωνῆς (δίτονος φωνή από πίεση του κάτω λαρυγγικού νεύρου), διαταραχές τής λειτουργίας του θυρεοειδούς (υπερ καί υποθυρεοειδισμός). Τά κύρια σημεῖα του υπερθυρεοειδισμού είναι: τ α χ υ κ α ρ δ ί α, τ ρ ό μ ο ς, νευρικές διαταραχές όπως θ ε ρ μ ο φ ο β ί α, ύ π ε ρ σ υ γ κ ι ν η σ ί α, δ ι ά ρ ρ ο ι α, έ ξ ώ φ θ α λ μ ο ς, πού εύθύνεται άμεσα γι'αυτόν ή θυρεοειδοτρόπος όρμόνη. Τά κύρια σημεῖα του υποθυρεοειδισμού σε δ ι ή θ η σ η τῶν ιστῶν, ν ε υ ρ ο φ υ τ ι κ έ ς δ ι α τ α ρ α χ έ ς, ε ύ κ ο λ ο έ λ α φ ρ ό ρ ί γ ο ς, δ υ σ κ ο ι λ ι ό τ η τ α.

2. ΓΕΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

Πρέπει νά αναζητηθοῦν τό αδυνάτισμα, ή ασθενικότητα, ή καταβολή δυνάμεων.

3. ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Τά άποτελέσματά της πρέπει νά σημειώνονται σε σχηματική άναπαράσταση.

A. ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ. Τό άτομο στήν κλινική εξέταση πρέπει νά έχει τήν κεφαλή σε υπερέκταση. Καμιά φορά δέν άποκαλύπτεται τίποτα. Ο φυσιολογικός θυ-



ρεοειδής αδένας δέν είναι όρατός. Άλλες φορές υπάρχει διογκωσι του αδέν-
να περιορισμένη καί έντοπισμένη κάτω από τό σώμα του υοειδούς όστού, ή
πιό πάνω από τή σφαγή, πού παρουσιάζει κινητικότητα όρατή στις καταποτι-
κές κινήσεις, τίς όποτες προκαλούμε παραγγέλλοντας στόν έξεταζόμενο νά
παίρνει γουλιές από ποτήρι νερού. Άλλες πάλι φορές ή διογκωσι του αδέν-
να είναι γενικευμένη, ένδεικτική ένδημικής (λωδοπενικής) βρογχοκήλης. ✓

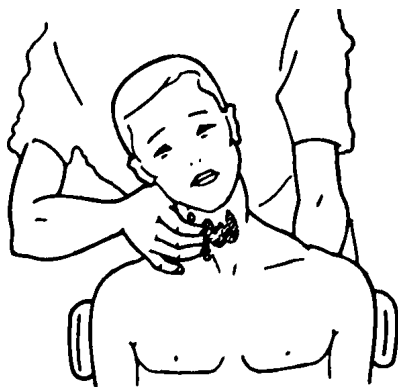
Β. ΨΗΛΑΦΗΣΗ. Ό έξετάζων πρέπει νά τοποθετείται πίσω από τόν άσθενή.
Στήν ψηλάφηση έξετάζεται ή πρόσθια τραχηλική περιοχή μέ τά δύο χέρια.
Ό άσθενής έχει τήν κεφαλή του σέ έλαφρή κάμψη γιά νά χαλαρώσουν οί στερ-
νοκλειδομαστοειδείς μύες. Μέ τή φυσική αύτή μέθοδο έλέγχεται ή ύπαρξη
μαζικής υπετροφίας του αδένα, πού ανταποκρίνεται όμως στή γενική μορφο-
λογία του, είτε τοπικών, περιορισμένων διογκώσεων καί ασύμμετρων, όποτε
πρέπει νά προσδιορίζεται ό αριθμός τους καί μέ έπιμέλεια καί άκρίβεια
νά σημειώνονται στό διάγραμμα του αδένα ή θέση τους.

β) Η σύσταση μιάς ή περισσότερων διογκώσεων πού μπορεί νά είναι θερμή,
έλαστική, όμαλή, μέ λεία έπιφάνεια, είτε κυστική μέ αίσθηση ύπαρξεως
ύγρου, είτε τέλος σκληρής σάν σανίδα κάτω από έπιφάνεια άνώμαλη.

γ) Η σχέση του αδένα καί των διογκώσεων αύτου μέ τήν τραχεία: ή ψη-
λάφηση έπιβεβαιώνει τήν άνοδο τής διογκώσεως μαζί μέ τήν τραχεία στις
καταποτικές κινήσεις. (εχ. 11, 12, 13)

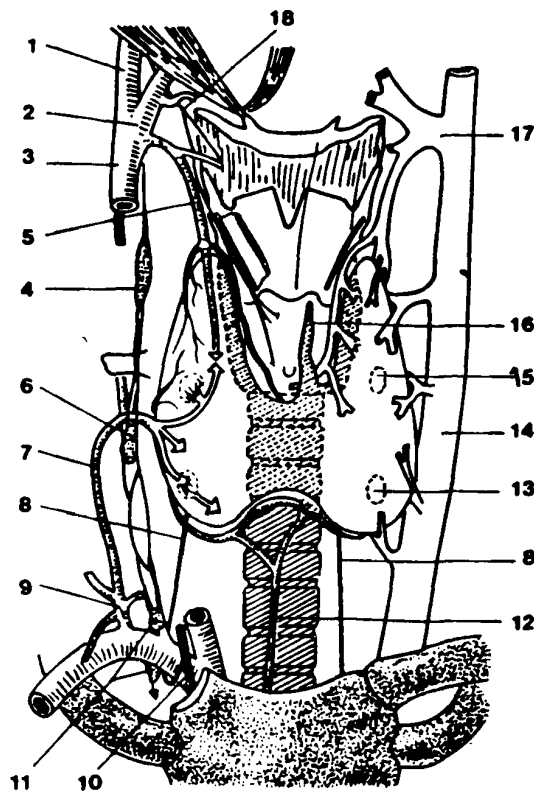
δ) Η ψηλάφηση των τραχηλικών λεμφογαγγλίων είναι άσπαραίτητη συμπληρω-
ματική έξεταση: Η άλυσίδα των γαγγλίων τής σφαγίτιδας ψηλαφάται μέ τά
δάκτυλα τεταμένα κάτω από τό πρόσθιο χεΐλος του στερνοκλειδομαστοειδή
μύος, καί στή συνέχεια έλέγχονται τά γάγγλια του υπερκλειδίου βόθρου,
καί του τραπεζοειδή μύος.

Γ. ΑΚΡΟΑΣΗ. Μέ αύτή άναζητάται ή ύπαρξη φυσήματος κατά τό θυρεοειδή
αδένα.



εχ. 11. Εξέταση των λεμφογαγγλίων κατά
μήκος τής σφαγίτιδας φλέβας .,





Σχ. 12. Θυρεοειδής αδένας. Τοπογραφικές σχέσεις.

1 Έσω καρωτίδα	10 Πνευμονογαστρικό νεύρο
2 Έξω καρωτίδα	11 Αστεροειδές γάγγλιο
3 Κοινή καρωτίδα	12 Μέση θυρεοειδής αρτηρία
4 Μέσο αγγεικό συμπαθ. γάγγλιο	13 Κάτω παραθυρεοειδής
5 Άνω θυρεοειδής αρτηρία	14 Έσω σφαγίτιδα φλέβα
6 Διάμεσο τραχηλικό συμπαθ. γάγγλιο	15 Άνω παραθυρεοειδής
7 Κάτω θυρεοειδής αρτηρία	16 Πυραμίδα του Lalouette
8 Παλίνδρομο λαρυγγικό νεύρο	17 Θυρο-γλωσσικά άγγεια
9 Θυροαγγεικό στέλεχος	18 Άνω λαρυγγικό νεύρο

ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ. Σ' αυτή αναζητάται τυχόν μεταβολή στή φωνή, πρόσφατες αναπνευστικές διαταραχές, ταχυκαρδία, εξώφθαλμος.

Δ. ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΛΑΙΜΟΥ. Μπορεί να αποδείξει σκιά αντίστοιχα με το θυρεοειδή και συμπίεση έμφανή της τραχείας. Οι ακτινογραφίες θώρακος αναζητούν θυρεοειδή ένδοθρακικής ανάπτυξεως στο πρόσθιο και ανώτερο τμήμα του μεσοθωρακίου.

Ε. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΕΙΣ. Ο βασικός μεταβολισμός: κλασική έρευνα της οποίας η έρμηνεία συχνά είναι δύσκολη και υπόκειται σε λάθη από πολυάριθμα αίτια.

Τό αντανάλαστικό του άχιλλείου τένοντος που συνίσταται στην έγγραφη καμπύλης που παριστάνει τό χρόνο συσπάσεως και χαλάσεως του τρικεφάλου μύος μετά από έρεθισμό. Πρόκειται για εξέταση πολύ σίγουρη και αξιόπιστη για την απόδειξη δυσλειτουργίας του θυρεοειδή αδένος.



Ἡ ἔρευνα μέ ραδιενεργό ἰώδιο: ἡ πρόσφατη αὐτή τεχνική εἶναι ἐπιστημολογική στή διερεύνηση τοῦ θυρεοειδοῦ ἁδένα. Τό ραδιενεργό ἰώδιο δίνεται στόν ἐξεταζόμενο σέ χαμηλή δόση μέ τή μορφή διαλύματος per os. Μέ τή βοήθεια μετρητοῦ Geiger καί τήν ἔγγραφή σέ φωτογραφικό χαρτί (σπινθηρογράφημα) ἐκτιμᾶται ἡ συνολική λειτουργία τοῦ θυρεοειδοῦ ἁδένα, πού εἶναι ἀνάλογη μέ τήν ἔνταση τῆς ραδιενεργοῦ ἀκτινοβολίας πού συγκεντρώνεται σ' αὐτόν. Ὁ ἁδένας κατακρατᾶει τόσο περισσότερο ραδιενεργό ἰώδιο ὅσο ἡ ἰσχυρότητά του εἶναι πιό μεγάλη. Αὐτό ἐρμηνεύεται εἴτε μέ τήν καμπύλη τῆς ἀκτινοβολίας σέ σχέση μέ τό χρόνο, εἴτε μέ τή χαρτογράφηση τῆς τραχηλικῆς περιοχῆς, ὅπου ἐγγράφονται οἱ περιοχές τῆς ραδιενέργειας. Ἔτσι χαρτογραφεῖται ἡ μορφολογία τοῦ θυρεοειδοῦ ἁδένα πού μοιάζει μέ πεταλούδα καθώς καί ἡ ὁμοιογένεια αὐτῆς. Μέ τόν τρόπο αὐτό λαμβάνονται πληροφορίες γιά τή λειτουργικότητα τοῦ ἁδένα καθώς καί κάθε ἀλλοιωμένης περιοχῆς του (ὄζος ἓνας ἢ περισσότερος). Ἔτσι καθορίζεται ἂν ἓνας ὄζος εἶναι ψυχρός ἢ ἀντίθετα θερμός. Ἡ βιοψία πού φαίνεται προτιμητέα, ἀλλά πού πρέπει νά εἶναι ταχεῖα, ἐκτελεῖται στήν περιοχή τοῦ ὄγκου καί καμιά φορά στά ἐπιχώρια λεμφογάγγλια μέ ἐρευνητική τραχηλοτομία. Ἀναφορικά μέ τή διαδερμική παρακέντηση μέ τή βοήθεια εἰδικῆς βελόνας, αὐτή δέν ἔχει ἀξία παρά ἂν συγκεντρώνει στοιχεῖα ἀπό νεοπλασματικό ἰστό. Μερικοί τή θεωροῦν ὀπωσδήποτε ἐπικίνδυνη.

ΣΗΜΕΙΩΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΗ ΑΔΕΝΑ

Μπορεῖ νά πρόκειται γιά ὄγκο ἐντοπισμένο, εἴτε γιά διάχυτο εἴτε γιά πάθηση ὅπου κυριαρχοῦν οἱ ἐνδοκρινικές διαταραχές.

1. Ὅταν πρόκειται γιά ἐντοπισμένο ὄγκο δύο διαγνώσεις εἶναι δυνατές: ἡ ὄζωδης βρογχοκήλη καί ὁ κ α ρ κ ἰ ν ο ς σέ ἀρχικό στάδιο.

ΟΖΩΔΗΣ ΒΡΟΓΧΟΚΗΛΗ. Αὐτή εἶναι καλοήγης νεοπλασία πάρα πολύ συχνή. Ὁ ἀσθενής προσέρχεται γιά ἐξέταση ἐξαιτίας ἑτερόπλευρης διόγκωσης πού ἀναπτύσσεται ἀπό τή μάζα τοῦ θυρεοειδοῦ ἁδένα.

α) Κλινικῶς ἡ διόγκωση εἶναι καλά καθορισμένη, συχνά μονόπλευρη καί ἔχει ποικίλο μέγεθος. Ἡ ψηλάφηση καθορίζει ἂν ἡ διόγκωση εἶναι μοναδική ἢ ἀντίθετα πολλαπλή καί ἂν εἶναι κινητή ταυτόχρονα μέ τήν κατάποση. Ἡ σύσταση τῆς διογκώσεως εἶναι ἁμαλή, ἀκίνητη καί ἐλαστική, ταυτόχρονα ὁμῶς κινητή μέ τίς καταποτικῆς κινήσεις. Σημεῖα συμπιέσεως ἀπουσιάζουν. Δέν υπάρχουν γενικά λειτουργικά σημεῖα, οὔτε διαταραχές τῆς λειτουργίας τοῦ ἁδένα.

β) Γεγονός οὐσιώδες εἶναι ὅτι αὐτή ἡ διόγκωση εἶναι εὐθυρεοειδική. Τό σπινθηρογράφημα τοῦ ἁδένα δείχνει ταυτόσημη λειτουργική δραστηριότητα καί στούς δύο λοβούς.



- γ) Ίστολογικῶς πρόκειται γιά ἀδένωμα θυλακιῶδες, κολλοειδές ἢ θηλοειδές.
- δ) Ίδιαιτέρα κλινική μορφή ὀζώδους βρογχοκήλης ἀποτελεῖ ἡ κ υ σ τ ι κ ἡ βρογχοκήλη. Σ' αὐτή ψηλαφᾶται μικρή ὑποστρογγυλή μάζα, πού δίνει διαφορετικά στοιχεῖα: ἡ σύστασή της εἶναι μαλακή μέ ὑγρό περιεχόμενο. Τό σπινθηρογράφημα μέ ραδιενεργό ἰώδιο δείχνει ὅτι πρόκειται γιά περιοχή τοῦ ἀδένα πού δέν λειτουργεῖ ἢ ἐκκρίνει πολύ λίγο καί πού ἐρχεται σέ ἀντίθεση μέ τή λοιπή μάζα του πού λειτουργεῖ ὁμαλά. Ἡ ἀπουσία ἐκκρίσεως στήν περιοχή της κυστικής βρογχοκήλης, δηλαδή τό ἔλλειμμα σκιαγραφήσεως, εἶναι σημεῖο κοινό στήν κυστική βρογχοκήλη καί στό θερμό ὄζο πού ὑπερεκκρίνει. Ὅμως ἡ κλινική εἰκόνα εἶναι διαφορετική στή μιά ἀπό τήν ἄλλη πάθηση. Σέ ἀμφιβολία μπορεῖ κανένας νά ἐκτελέσει διαδερμική παρακέντηση πού δίνει αἱματηρό ὑγρό στήν περίπτωση τῆς κύστεως.
- ε) Ἡ ἐξέλιξη τῆς ὀζώδους βρογχοκήλης μπορεῖ νά εἶναι μακρά χωρίς ἐπιπλοκές ἀλλά εἶναι ἀδύνατο νά τεθεῖ ἐπακριβῶς ἡ πρόγνωση. Οἱ πιά συχνές ἐπιπλοκές εἶναι ἡ ἐνδοκυτταρική αἱμορραγία, ἡ φλεγμονή τῆς βρογχοκήλης (θυρεοειδίτιδα), ὅπως καί ἡ ἐξαλλαγή.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟ ΑΡΧΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ. Ἡ κοινή θῆς νεοπλασία στήν ἀρχή δίνει ἕναν ὄζο φαινομενικά μοναδικό. Εἶναι ἐνδεχόμενο σπάνιο πού ἐπισυμβαίνει σέ άτομα πιά ἡλικιωμένα ἀπ' ὅ,τι στήν ὀζώδη βρογχοκήλη, δηλαδή μεταξύ 40 καί 60 χρονῶν. Κυρίως, γεγονός οὐσιῶδες, ὁ καρκίνος αὐτός στήν ἀρχή ἀναπτύσσεται στήν πλειονότητα τῶν περιπτώσεων σέ καλοήγη ὀζώδη βρογχοκήλη πού ἦταν ἀπό προηγούμενα γνωστή.

Στήν κλινική ἐξέταση πρόκειται γιά βρογχοκήλη, πού μέχρι τότε ἦταν στάσιμη καί πού τώρα δίνει σημεῖα ἰδιαιτέρα ὑποπτα. Ἔτσι:

1. Μόλις ἔχει ἀρχίσει προοδευτικά νά αὐξάνει σέ ὄγκο ἀλλά κατά τρόπο ἀρκετά ταχύ.
2. Τροποποιεῖται ἡ σύσταση τοῦ ὄζου πού γίνεται σ κ λ η ρ ὀ ς καί Ξ η λ ὤ δ η ς. Αὐτά τά στοιχεῖα μπορεῖ νά μήν ὑπάρχουν στήν ἀρχή, παρά σέ περιορισμένη ἔκταση. Ἐπίσης ἡ ἐπιφάνεια τῆς διογκώσεως (ὄζου) γίνεται γρήγορα ἀ ν ὠ μ α λ η.
3. Χαρακτηριστικό κλινικό ψηλαφητό στοιχεῖο ἡ ἀ σ ἄ φ ε ι α τῶν ὀρίων της, πού δέν προϋπῆρχε. Ἡ συστηματική ἀναζήτηση ἀδενοπάθειας ἐπιβάλλεται, παρά τό γεγονός ὅτι εἶναι λίγο ἐμφανής, ἐνῶ ἀπό τήν ἄλλη μεριά τά γάγγλια μπορεῖ νά ἔχουν διηθηθεῖ χωρίς κλινικῶς νά εἶναι ψηλαφητά. Μετά τήν ἐξέταση ὄλων τῶν ἐπιχώριων λεμφαδένων τοῦ λαιμοῦ, γιά τήν ἀναζήτηση μικρῶν σκληρῶν γαγγλίων, ἀνώδυνων πού γλυστροῦν κάτω ἀπό τό δάκτυλο, πρέπει νά ἐξαμφηλωθεῖ ὁ θυρεοειδής ἀδένας γιά τήν ἀναζήτηση μικρῶν π ε ρ ι θ υ ρ ε ο ε ι δ ι κ ῶ ν γαγγλίων. Πρόκειται στήν περίπτωση αὐτή γιά πολύ μικρούς ὄζους (ὄζίδια) πού ἐδοάζονται στό χεῖλος τοῦ ὄγκου καί οἱ



οποιοι είναι ανεξάρτητοι από αυτόν.

Δέν πρέπει να παραλείπεται η αναζήτηση πλειστικῶν φαινομένων, όπως: δ ύ σ π ν ο ι α διακριτική αλλά πού παρουσιάζει συχνά παροξυσμούς νυκτερινούς, δ υ σ φ α γ ί α, δ υ σ φ ω ν ί α από παράλυση μιᾶς φωνητικῆς χορδῆς, γεγονός διαπιστούμενο στην εξέταση τοῦ λάρυγγα (λαρυγγοσκόπηση) καί καμιά φορά ἐπώδυνες ν ε υ ρ α λ γ ί ε ς μέ ἀκτινοβολία ὀπισθοκωτιαία.

Στό σπινθηρογράφημα βρίσκεται οὐσιῶδες ἀποκαλυπτικό σημεῖο: ἡ πλήρης ἀ π ο υ σ ί α καθηλώσεως τοῦ ἰωδίου στόν ὄζωδη πυρήνα. Ὁ ὄζος αὐτός πού χαρακτηρίζεται γι'αυτό ψ υ χ ρ ό ς, καί ὄχι κυστικός, εἶναι ἀρκετά συχνά καρκίνος, χωρίς νά αποκλείεται ὅμως τό ὑπερλειποφυγοῦν ἀδέναμα ἀλλά πού αὐτό πλέον δέν ἔχει κανένα σημεῖο κακοήθειας. Ἐπιπρόσθετα πρέπει νά τονιστεῖ ὅτι ὀρισμένοι πρωτοπαθεῖς καρκίνοι, ἀντίθετα ἀπό τό σύνηθες, μποροῦν νά καθηλώσουν τό ἰώδιο.

Ἐχει προταθεῖ ἡ προεγχειρητική βιοψία μέ παρακέντηση, κατά τήν ὁποία συλλέγεται ἕνα μικρό τμήμα τοῦ θυρεοειδοῦ ἀδένα. Ὅμως πρέπει νά τονιστεῖ ὅτι ἡ εξέταση αὐτή δέν ἔχει καμιά ἀξία ἂν δέν εἶναι σαφῶς θετική. Διαφορετικά πρέπει νά ζητηθεῖ βοήθεια σέ ἐρευνητική ὀπωσδήποτε τραχηλοτομή μέ ταυτόχρονη ταχεία βιοψία, πού πρέπει νά ἐκτελεῖται τόσο ἀπό τήν περιοχή τοῦ ὄγκου ὅσο καί ἀπό τά γάγγλια.

Μεταξύ τῶν ἀναζητούμενων περιθυρεοειδικῶν λεμφογαγγλίων αὐτό πού βρίσκεται κοντά στό ἀνώτερο χεῖλος τοῦ ἰσθμοῦ ἔχει μεγάλη διαγνωστική ἀξία. Ἡ παρουσία θυρεοειδικοῦ ἰστοῦ στό ἐσωτερικό τῶν γαγγλίων ἐπιβεβαιώνει πρακτικά τήν ἀνάπτυξη καρκίνου.

2. ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΔΙΑΧΥΤΗ ΔΙΟΓΚΩΣΗ

Δύο διαγνώσεις εἶναι δυνατές τότε: ὁ ἐμφανῆς καρκίνος ἢ ἀντίθετα ἡ παρεγχυματώδης βρογχοκήλη.

ΕΜΦΑΝΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ. Ὑπέρ τῆς διαγνώσεως αὐτῆς συχνά εὐκόλης συνηγοροῦν:

1. Ἡ πολύ γρήγορη, διάχυτη καί πρόσφατη ἀνάπτυξη τῆς διογκώσεως ἀρχικά στόν ἕνα λοβό καί μετά στόν ἀντίθετο.
2. Ἡ χαρακτηριστική σ κ λ η ρ ί α της στήν ψηλάφηση.
3. Ἡ σ ύ μ φ υ σ η μέ τούς ἰστούς στό βάθος ἀλλά καί στήν ἐπιφάνεια. Ἀπό αὐτή τή στιγμή δέν παρατηρεῖται πλέον ἡ ταυτόχρονη μέ τήν τραχεία κινητικότητα τοῦ θυρεοειδοῦ ἀδένα στίς καταποτικές κινήσεις.
4. Ἡ συνύπαρξη τυπικῆς καρκινοματώδους ἀ δ ε ν ο π ά θ ε ι α ς στοῦς ἐπιχώριους λεμφαδένες.
5. Τά φαινόμενα συμπίεσεως μέ δ υ σ φ α γ ί α, δ υ σ φ ω ν ί α, δ ύ σ π ν ο ι α.
6. Οἱ ὀ σ τ ι κ έ ς καί π ν ε υ μ ο ν ι κ έ ς καρκινοματώδεις μεταστάσεις, πού ἀνευρίσκονται στίς ἀκτινολογικές ἐξετάσεις.



ΠΑΡΕΓΧΥΜΑΤΩΔΗΣ ΒΡΟΓΧΟΚΗΛΗ. Όρισμένα κλινικά σημεία είναι πολύ σημαντικά στη διάγνωσή της.

1. Τό ξέδαφος: πρόκειται συχνά για άτομο νέο, κάτοικο περιοχών με ένδημη βρογχική οπου λείπει τό ιώδιο.

2. Ή άψη του τραχήλου στην κλινική εξέταση: παρατηρείται ύπερτροφία γενικά διάχυτη και συμμετρική του θυρεοειδή άδένα, πού σχηματίζει ένα είδος κολλάρου στην πρόσθια και τίς πλάγιες επιφάνειες του τραχήλου. Τό μέγεθος της διογκώσεως μένει συνήθως μέτρο, αλλά οι παροξυσμικές αύξησεις του είναι συχνές. Ή σύσταση είναι μαλακή ή σκληροελαστική. Ή επιφάνεια είναι λεία, όμαλή, και οι κινήσεις του διογκωμένου άδένα, ταυτόχρονες μέ την τραχεία, είναι έμφανεϊς.

3. Τό σπινθηρογράφημα δείχνει μικρή ύπολειτοργία, ενώ αναπτύσσεται έλαφρό μυξοίδημα.

3. ΒΡΟΓΧΟΚΗΛΕΣ ΜΕ ΠΡΟΕΞΑΡΧΟΥΣΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Δυό είδη διογκώσεων του θυρεοειδή άδένα δίνουν πολύ έντονες λειτουργικές διαταραχές: ή νόσος του Basedow και τό τοξικό άδένωμα. Ή διόγκωσή του περνάει συχνά σέ δεύτερο πλάνο, ενώ αντίθετα τά λειτουργικά σημεία είναι πολύ σημαντικά.

1. Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ Basedow

Αυτή χαρακτηρίζεται από τά βασικά κλινικά σημεία της πού είναι:

1. Βρογχοκήλη (διόγκωση του άδένα) μέ ποικίλους χαρακτήρες πάντοτε διακριτικούς αλλά κυρίως πάντοτε άγγειακούς. Διαπιστώνεται ροϊζος στην ψηλάφηση και φύσημα στην ακρόαση.

2. Ταχυκαρδία, σημείο σταθερό, πού είναι όμαλή και συνεχής.

3. Έξώφθαλμος, πού συνοδεύει μικρά σημεία όφθαλμικά και πού είναι συνυφασμένα μέ τή συστολή των βλεφάρων.

4. Όδίαρκής τρόμος των χειρών, λεπτός, σάδονήσεις, πού δέν μπορεί νά τροποποιηθεϊ θεληματικά.

Πρέπει νά προστεθοϋν στό παραπάνω σημεία ή άδυναμία (καταβολή των δυνάμεων) και ή διάρροια.

Συμπληρωματικές παρακλινικές διαγνωστικές εξετάσεις είναι:

1. Ή μέτρηση του βασικού μεταβολισμού, πού είναι έντονα αύξημένος περισσότερο από 60% του φυσιολογικού.

2. Τό άνταντακλαστικό του άχιλλείου τένοντα πού δείχνει τροποποίηση αυτού προς τόν τύπο του υπερίυρεοειδισμού. (Χρόνος άπαντήσεως βραχύτερος του φυσιολογικού).

3. Ή καθήλωση του ραδιενεργού ιωδίου πού διαπιστώνεται στό σπινθηρο-



γράφημα, είναι αύξημένη. Πρόκειται για τοξική βρογχοκήλη με διάχυτη και αιμιλογενή υπερέκκριση.

Οι κυριότερες επιπλοκές είναι:

1. Ἡ κρίση όξέος έξώφθαλμου.
2. Ἡ καρδιακή άνεπάρκεια, πού είναι συνολική, δέν ύπακούει στά καρδιοτονωτικά φάρμακα αλλά μόνο στή θεραπευτική άγωγή τής νόσου του Basedow. Οί μορφές ίδιαίτερα βαρειάς καρδιακής άνεπάρκειας του είδους αυτού, πού είναι γνωστές μέ τόν όρο καρδιο-θυρεοείδωση, χαρακτηρίζονται γενικά από μαρμαρυγή τών κόλπων μέ πλήρη άρρυθμία και στό μέγιστο άνεπάρκεια τής δεξιās καρδιάς, πού μπορεί νά έκδηλώνεται μέ συμφορητική ή πατομεγαλία, άσκίτη, οίδηματα τών κάτω άκρων.

Διαφορική διάγνωση: πρέπει θεωρητικά νά διακριθούν από τή νόσο του Basedow οί βρογχοκήλες πού δευτεροπαθώς έχουν γίνει όμοιες μέ αυτή.

Συνηθισμένα πρόκειται για άσθενή μέ διόγκωση του θυρεοειδῆ πού προηγούμενα δέν παρουσίαζε σημεῖα θυρεοτοξίκωσης, αλλά πού αυτά έγιναν έμφανῆ δευτεροπαθώς. Μεταξύ τών σημείων τονίζεται ότι δέν ύπάρχει έξώφθαλμος. Όταν σέ βρογχοκήλη προηγούμενα γνωστή, αναφαίνονται σημεῖα θυρεοτοξίκωσης, ἡ σκέψη πρέπει νά στραφεί όπωσδήποτε στή δυνητική κακοήθη έξαλλαγή σ' ένα σημεῖο τής βρογχοκήλης αυτής.

2. ΤΑ ΤΟΞΙΚΑ ΑΔΕΝΩΜΑΤΑ

Αυτά έχουν περιγραφεί πρώτη φορά από τόν Plummer τό 1921. Σ'αυτά παρατηρούνται:

1. Σημεῖα θυρεοτοξίκωσης πού είναι: άδυναμία, ταχυκαρδία, αλλά όχι έξώφθαλμος.
2. Βρογχοκήλη όξώδης, μικρή, συχνά δύσκολη στήν άνοσίληψή της μέ τήν λεπτομερειακή ψηλάφηση τής περιοχής του τραχήλου κάτω από τό ύοειδές όστό.
3. Τό σπινθηρογράφημα δείχνει ότι μόνο τό άδένωμα καθλώνει τό J 131, ενώ τό υπόλοιπο του άδένα βρίσκεται σέ ήρεμία, αλλά πού είναι διεγερσιμ: από τή θυρεοτρόπο όρμόνη τής ύπαύσεως, όταν αυτή χορηγηθεῖ στή διάρκεια τών 3 ήμερών πού προηγούνται τής εξέτασης.
4. Μετά τή χειρουργική άφαίρεση του άδενώματος ή σπινθηρογράφηση του θυρεοειδῆ άδένα γίνεται όμαλή, ενώ προηγούμενα διαταράσσονταν από τήν παρουσία του τοξικού άδενώματος.

3. ΕΝΔΟΘΩΡΑΚΙΚΕΣ ΒΡΟΓΧΟΚΗΛΕΣ

Αυτές μπορούν νά παρουσιαστούν: είτε μέ σημεῖα ύπερθυρεοειδισμού, ενώ ἡ τραχηλική περιοχή είναι φυσιολογική, είτε μέ σημεῖα έντοπισμένης συμπίεσης του μεσοθωρακίου, είτε τέλος νά



ἀποτελοῦν τυχαιό εὕρημα ἀκτινολογικῆς συστηματικῆς ἐξέτασης.

Σύμφωνα μὲ τὸν Doi ὀνομάζονται βρογχοκῆλες τραχηλομεσοθωρακικές ἐκεῖνες πού τό πιό μεγάλο μέρος τους εἶναι τραχηλικό, ἐνῶ μεσοθωρακοτραχηλικές ἐκεῖνες πού τό πιό μεγάλο μέρος τους εἶναι ἀντίθετα μεσοθωρακικό.

Τέλος βρογχοκῆλες μεσοθωρακικές χαρακτηρίζονται ἐκεῖνες πού ἐδράζονται καί ἀναπτύσσονται σαφῶς στό μεσοθωράκιο. Οἱ ἐνδοθωρακικές βρογχοκῆλες γενικά ἐδράζονται καί ἀναπτύσσονται στό πρόσθιο καί ἀνώτερο μεσοθωράκιο. Ἐκτός ἀπό τήν ἀπλή ἀκτινογραφική ἐξέταση face καί profil, ἰδιαίτερη διαγνωστική ἀξία στίς μεσοθωρακικές βρογχοκῆλες ἔχει τό πνευμομεσοθωράκιο μέ τομογραφίες καθῶς καί ἡ τροποποίηση τῆς ἀγγειοκαρδιογραφίας ἀπό τήν ἀπέωση τῆς ἄνω κοίλης φλέβας ἀλλά καί τῶν ἐπίσημων ἀρτηριακῶν κλάδων πού κατευθύνονται στόν τράχηλο ἀπό τήν ἀορτή.



Σχ. 13. Κινητικότητα τοῦ θυροειδῆ ἑξένη στίς καταποτικές κινήσεις.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο VI

Τ Ρ Α Υ Μ Α Τ Ι Σ Μ Ο Ι Τ Ο Υ Θ Ω Ρ Α Κ Α

ΥΠΟΜΝΗΣΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ καί ΦΥΣΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ

Ὁ θώρακας μοιάζει μέ κλωβό, άποπλατυσμένο χονδρικά άπό τά έμπρός πρός τά πίσω, μικρότερης διαμέτρου έπάνω καί μεγαλύτερης κάτω. Διαχωρίζεται πρός τά κάτω άπό τήν κοιλιά μέ τό διάφραγμα καί βρίσκεται στερεωμένος μεταξύ τής θωρακικής μοίρας τής σπονδυλικής στήλης καί τοῦ στέρνου. Έχει τή δυνατότητα νά μεταβάλλει τίς διαμέτρους του χάρη στήν έλαστικότητα καί κινητικότητα τών όστεο-μυϊκών τοιχωμάτων του (πλευρές-μεσοπλεύριοι μύες) καί μπορεί έτσι νά παρομοιαστεῖ μέ φουσητήρα.

Στό θωρακικό κλωβό περικλείονται έκτός άπό τόν οίσοφάγο καί νεῦρα δύο ούσιώδη όργανα: τής άναπνοῆς, οἱ δύο πνεύμονες πού περικλείονται στίς ύπεζωκτικές κοιλότητες καί τό καρδιαγγειακό σύστημα πού σχηματίζεται: άπό τόν καρδιακό μύ πού περικλείεται άπό τόν περικαρδιακό σάκκο καί πού έξασφαλίζει τήν άναγκαία λειτουργία άντλίας για τήν κυκλοφορία τοῦ αίματος σ' όλο τόν όργανισμό καθώς καί τό σύστημα τής πνευμονικής κυκλοφορίας-καί τά μεγάλα άγγειακά στελέχη τοῦ συστήματος τής μεγάλης κυκλοφορίας, άορτή καί οἱ κλάδοι της.

Καρδία, άορτικό τόξο καί κλάδοι του, τραχειοβρογχικό δέντρο, νεῦρα καί οίσοφάγος κατέχουν μέση θέση στό μεσοθώρακιο, στό χῶρο δηλαδή μεταξύ τών δύο πνευμόνων καί πού δέν περικλίνεται άπό τόν ύπεζωκτό,

* Κάθε θωρακικός τραυματισμός μπορεί νά βλάψει μία ἢ περισσότερες άπό τίς τρεῖς βασικές λειτουργίες του: άναπνευστική, καρδιακή, κυκλοφοριακή. Άν οἱ καρδιακές ἢ κυκλοφοριακές διαταραχές μπορεί νά εἶναι πρωτοπαθεῖς (τραῦμα τής καρδίας, ρήξη τής άορτῆς), όμως πιό συχνά εἶναι δευτεροπαθεῖς άπό πνευμονικές διαταραχές, πού έχουν ποικίλη αίτιολογία, όπως:

- Δυσχέρειες στόν άερισμό πού παρεμποδίζουν τόν άναπνεόμενο άέρα νά φθάσει στό άναπνευστικό έπιθήλιο: πρόκειται για τίς περιπτώσεις κωλυμάτων τών άεροφόρων οδών όπως καί μειώσεως τής έλαστικότητας καί κινητικότητας τοῦ θωρακικοῦ τοιχώματος.
- Δυσχέρειες στή διάχυση τών άερίων στό επίπεδο τής άναπνευστικής μεμβράνης: όπως συμβαίνει σέ κάθε είδος πνευμονικό οίδημα, αίμορραγίες, έμφρακτο στό επίπεδο ενός πνευμονικοῦ τμήματος ἢ πνευμονικοῦ λοβοῦ μέ κατάργηση σέ σημαντική έκταση τοῦ άναπνευστικοῦ έπιθηλίου.



- Δυσχέρειες στην πνευμονική κυκλοφορία: είναι οι περιπτώσεις κάθε ελάττωσης προσφοράς αίματος στη μικρή κυκλοφορία, όταν η καρδία έχει άποσυνδεθεί από τη μάζα του αίματος όπως π.χ. σε αιμορραγίες ή σε άδυνκμία του μυοκαρδίου να πραωθήσει τό αίμα όταν υπάρχει συλλογή στο περικάρδιο. (περικαρδίτιδα υγρή ή συμπιεστική).

Από τούς παράγοντες αυτούς, ο αναπνευστικός παραμένει ο πιο συχνά ένοχοποιούμενος, πού μπορεί να έκτιμηθεϊ με μεγάλη έπάρκεια σε κάθε τραυματισμό του θώρακα αλλά και πού μπορεί να τεθεϊ υπό θεραπευτικό έλεγχο με πιο μεγάλη άνεση.

ΑΡΧΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΙΑ

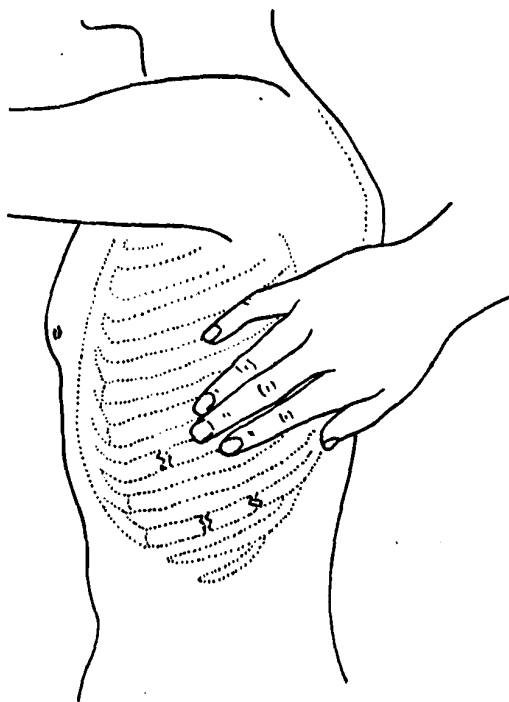
Αυτή περιλαμβάνει δύο φάσεις, την **ά ν α λ υ τ ι κ ή** και τη **σ υ ν θ ε τ ι κ ή**.

1. ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ

Περιλαμβάνει: α) Τήν κλινική εξέταση του θώρακα και τήν αναζήτηση των γενικών σημείων πού υποδηλώνουν καρδιοαναπνευστική δυσχέρεια.

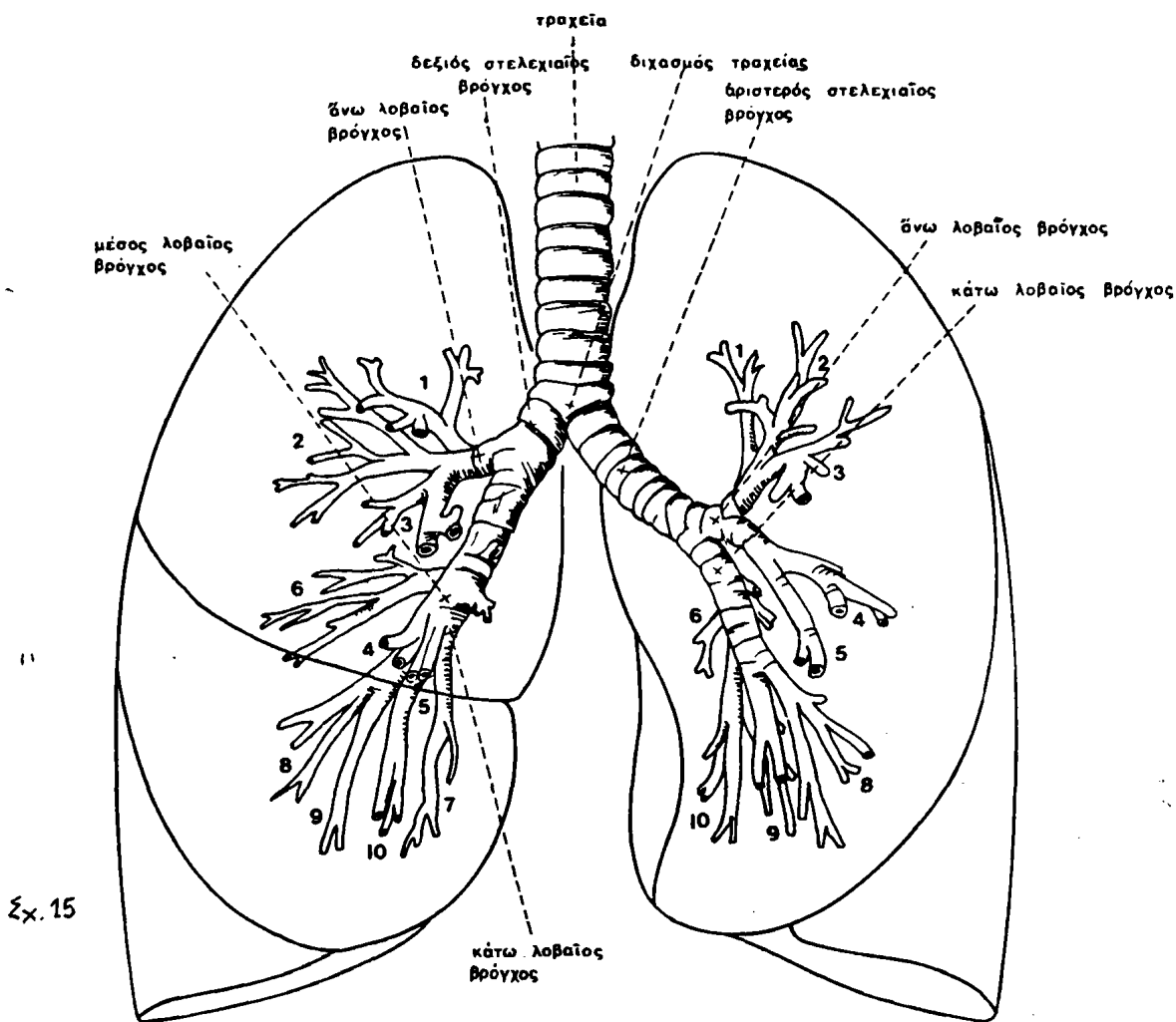
Κατά τήν **έ π ι σ κ ό π η σ η**: τό χρώμα των έπιπεφυκώτων, του πρόσώπου, των χειλέων, τό πλάτος και κάθε έμφανής τροποποίηση τής έκπτυξης και των κινήσεων του θωρακικού τοιχώματος. Ο ρυθμός των άναπνοών υπολογίζεται με τό μάτι στό ρολοϊ και τό χέρι άπλωμένο πάνω στό θώρακα του τραυματία, όποτε μετρούνται οι αναπνευστικές κινήσεις.

Η διαπίστωση έμφανούς βλάβης του θωρακικού τοιχώματος από σύνθλιψη (κλειστή κάκωση) ή τραύμα (άνοιχτή κάκωση), πού μπορεί να έρμηνεύει τή βλαπτική επίδραση σε υποκείμενο όργανο.



Σχ. 14. Τρόπος ψηλάφησης καταγμάτων πλευρών.





Σχ. 15

Χρήσιμη ή προσπάθεια

για τον προσδιορισμό της φύσης του όργάνου που προκάλεσε τον τραυματισμό.

2. Μέ την ψηλάφηση, έπίκρουση και άκρόαση έλέγχεται ή άναπνευστική λειτουργία στα διάφορα επίπεδα και σημειώνεται αν ο πνεύμονας είναι έλεύθερος ή άπλωθείται, αν τό άναπνευστικό ψιθύρισμα άκούγεται φυσιολογικά ή ύπολείπεται, αν διαπιστώνεται άμβλύτητα ή όχι και τέλος αν άκούγονται διάχυτοι ρόγχοι. (Σχ. 14, 15)

Έλέγχεται ή καρδιακή λειτουργία και γενικά ή κυκλοφορία, όπου προσδιορίζεται ακόμα ή ποιότητα και ταχύτητα του αργιμού και ή άρτηριακή πίεση.

β) Η γενική έξέταση του τραυματία, που συχνά είναι πολυτραυματίας, θα έπιβεβαιώσει: αν ο τραυματισμός άφορούσε στή βάση του θώρακα ή ήταν θωρακοκοιλιακός, όπως επίσης και τυχόν συνύπαρξη κάωσης του κρανίου, της σπονδυλικής στήλης, της λεκάνης, των άκρων, των οποίων ή βεβαιότητα των βλαβών μπορεί να θέσει ιδιαίτερα σοβαρό θεραπευτικό πρόβλημα σε συσχέ-



τιση πάντοτε μέ τις θωρακικές βλάβες.

γ) Ἡ πρακτική μερικῶν συμπληρωματικῶν ἐξετάσεων.

Μερικές ἀπ' αὐτές εἶναι ἀπόλυτα ἀπαραίτητες ὅπως: ομάδα αἵματος, αιματοκρίτης, ἀριθμός ἐρυθρῶν, ἀκτινογραφία θώρακα σέ δύο ἐπίπεδα ἀν αὐτό εἶναι δυνατό. Γιά τήν τελευταία ἡ τεχνική πρέπει νά εἶναι ἀκριβής: λήψη μέ τεχνικές προϋποθέσεις πού χρησιμοποιοῦνται γιά τήν ἐρευνα τοῦ πνευμονικοῦ παρεγχύματος κατά μέτωπο καί πλάγια ἀν εἶναι δυνατό, πού ἐπιτρέπει νά ἐκτιμηθεῖ τυχόν ὀστική βλάβη τοῦ θωρακικοῦ τοιχώματος, ἡ διαφάνεια τῶν πνευμόνων, ἡ ὑπαρξη συλλογῆς στό περικάρδιο καί στόν ὑπεζωκότα, οἱ χαρακτήρες τῆς καρδιακῆς σκιᾶς, τυχόν μετάθεση τοῦ μεσοθωρακίου (παρεκτόπηση τῆς φωτεινότητος τῆς τραχείας καί τῶν βρόγχων), ἡ κατάσταση τῶν θόλων τοῦ διαφράγματος, ἡ θέση ξένου αἵματος (βλήματος) μέσα στό θώρακα.

Ἄλλες ἐξετάσεις εἶναι λιγότερο ἐπιτοκτικές καί ὑπό προϋποθέσεις: ἠλεκτροκαρδιογράφημα, ἀνάλυση τῶν ἀερίων τοῦ αἵματος κ.λ.π.

2. Η ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΩΝ ΘΩΡΑΚΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ.

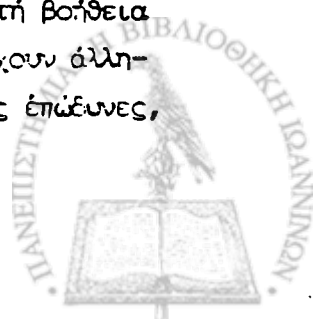
Αὕτη ὁδηγεῖ στήν ἀντιμετώπιση ποικίλων δυνητικῶν περιπτώσεων.

α) Ὁ τραυματίας δέν ἐμφανίζει σημεῖα ἔντονης ἀναπνευστικῆς βλάβης, ἀλλά:

1. Πολύ συχνά ἡ ἐξέταση ἀποκαλύπτει κάταγμα μιᾶς ἢ περισσοτέρων πλευρῶν, μέ μηχανισμό ἀπλό: εἴτε ἀπό ἀ μ ε σ ἦ ἐπίδραση τῆς βίας (ἀ μ ε - σ ο κ ά τ α γ μ α), εἴτε μέ πί ε σ η σ τ ά π λ ά γ ι α τοῦ θωρακικοῦ τοιχώματος πού μεταβάλλει τήν κυρτότητα τῆς πλευρᾶς καί προκαλεῖ κάταγμα στήν ἐσω ἐπιφάνειά της, κ ά τ α γ μ α λεγόμενο ἐκ τῶν ἔ σ ω, εἴτε τέλος ἔ μ μ ε σ ο κ ά τ α γ μ α ἀπό συμπίεση κατά τόν προσθιοπίσθιο ἄξονα τοῦ θώρακα πού τείνει νά αὐξήσει τήν κυρτότητα τῆς πλευρᾶς καί πού τελικά σχίζει τόν ἔξω φλοιό τοῦ ὀστοῦ: κ ά τ α γ μ α λεγόμενο πρ ό σ τ ά ἔ ξ ω.

Ἡ κλινική σημειολογία εἶναι ἀποκαλυπτική. Σημεῖα λειτουργικά: φ ω ν ἦ ἔ ξ α σ θ ε ν η μ έ ν η, ἔντονο ἐντοπισμένο ἄ λ γ ο ς, αὔξανόμενο μέ τήν βαθιά εἰσπνοή, τίς κινήσεις καί τό β ή χ α, πού ἐρμηνεύεται ἀπό τόν ἔ ρ ε θ ι σ μ ό τ ο ὕ ὑ π ε ζ ω κ ό τ α.

Σημεῖα φυσικά: ἠμιθωράκιο πού ἐ κ π τ ὕ σ σ ε τ α ι κ α κ ά, πραγματικός β ή χ α ς πού εἶναι ἀδύνατο νά προκληθεῖ, ἐ κ χ υ μ ώ σ ε ι ς καί ἐ κ δ ο ρ έ ς τοῦ δέρματος ἐντοπισμένες, ἄ λ γ ο ς δ ρ ι μ ὀ κ υ ρ ι ω ς στό σημεῖο τοῦ κατάγματος, προκαλούμενο μέ μικρή προσθιοπίσθια πίεση τοῦ θώρακα εἴτε μέ τήν ἄμεση ψηλάφηση τῆς ἐστίας του μέ τή βοήθεια δύο δακτύλων πού ξεκινοῦν ἀπό τά πίσω πρ ό σ τ ά ἐμπρός καί ἐλέγχουν ἀλληλοδιάδοχα τά πλευρικά τόξα καί τίς ἀνάδυνες περιοχές μέχρι τίς ἐπώμους,

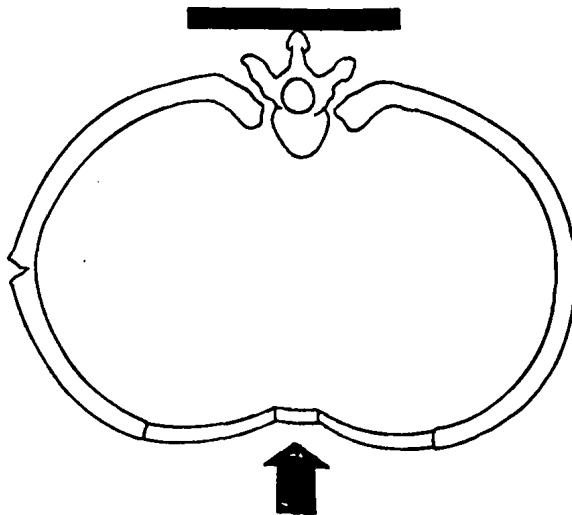


όστικός κριγμός τέλος πού γίνεται αντιληπτός στο επίπεδο του κατάγματος με την ψηλάφηση αλλά και την άφραση. (Σχ. 16)-17)

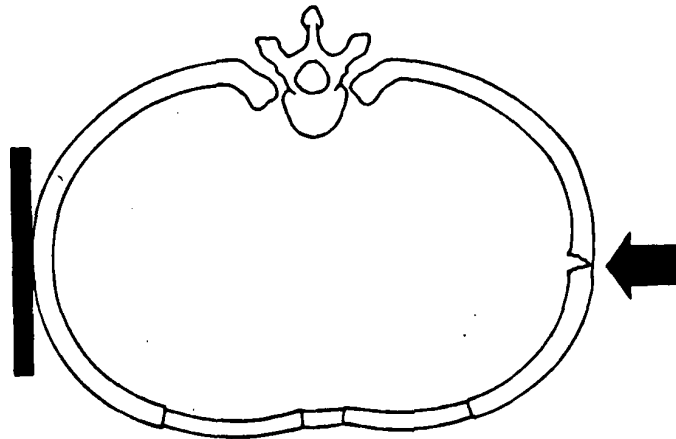
Άκτινολογικός: τό ή τά κατάγματα πρέπει νά αναζητηθούν στις κοινές ακτινολογικές λήψεις κατά μέτωπο και πλάγια, στην ανάγκη σέ λήψεις έκλεκτικά επικεντρωμένες στην ύποπτη περιοχή. Συχνά είναι δύσκολο νά φανούν οι έστίες τών καταγμάτων, όταν δέν υπάρχει παρεκτόπησή τών άκρων του κατάγματος, γεγονός άρκετά συνηθισμένο.

Άμεσες επίπλοκές άρρίλουν νά αναζητηθούν, πού γενικά όμως δέν είναι και τόσο συχνές:

Έτσι δέν άποκλείεται αϊμόπτυση, πού έρμηνεύει μικρή ρήξη του φλοιού του πνεύμονα, ύποδόριο αϊμάτωμα ψηλαφητό, πού προέρχεται από τοιχωματική αιμορραγία, ύποδόριο έμφύσημα διαπιστούμενο στην ψηλάφηση από τον κριγμό σαν χιόνι στην γύρω περιοχή του κατάγματος και πού άρείλεται στη δίοδο ποσότητας άέρα στον ύποδόριο ιστό του θωρακικού τοιχώματος, μικρός πνευμοθώρακας, μέ έλάττωση του άναπνευστικού ψιθυρίσματος και τυμπανικό ήχο, προκαλούμενος από μικρή διάσχιση του σπλαγχνικού πετάλου του υπεζωκότα.



Σχ. 16 Μηχανισμός κατάγματος πλευράς.



Σχ. 17. Μηχανισμός κατάγματος πλευρᾶς.

2. Μπορεί νά μή διαπιστωθεῖ κάταγμα πλευρᾶς κλινικῶς οὔτε ἀκτινολογικῶς, ὅποτε πρόκειται τότε γιά μιᾶ ἀπλή καλοήγη σύνθλιψη τοῦ θώρακα, πού ὅμως καί σ' αὐτήν τήν περίπτωση ἡ παρακολούθηση ἀφείλει νά διαρκεῖ γιά πολλές ἡμέρες, ἀφοῦ δέν ἀποκλείεται ἀκόμα καί βαριές σπλαγχνικές ἐπιπλοκές νά ἐκδηλωθοῦν ἀργότερα.

β) Ὁ τραυματίας παρουσιάζει ἀπό τήν ἀρχή ἔντονα καί ἐμφανή σημεῖα ἀναπνευστικῆς δυσχερείας: Ὁ τραυματίας τότε εἶναι ἀ ν ἡ σ υ χ ο ς, μέ ἰ δ ρ ῶ τ ε ς κυρίως στό πρόσωπο, παρουσιάζει κ υ ἄ ν ω σ η ποικίλου βαθμοῦ ἰδίως τῶν χειλέων, τῆς κοίτης τῶν ὀνύχων, τῶν λοβίων τῶν αὐτιῶν. Ἡ ἀναπνοή εἶναι σ υ χ ν ἡ, ἐ π ι π ὄ λ α ι α, τά πτερύγια τῆς ρινός ἀνέμονται, καί συχνά σημειώνεται μείωση τῆς λειτουργικότητας τῶν μαλακῶν μορίων (μιῶν) τοῦ θώρακα καί τῶν ἐπικουρικῶν ἀναπνευστικῶν μιῶν, ἰδιαιτέρα στό ἐπίπεδο τῆς λαβῆς τοῦ στέρνου, στούς ὑπερκλείδιους βόθρους, στά μεσοπλεύρια διαστήματα, στό ἐπιγάστριο. Ὁ σφυγμός εἶναι τ α χ ὺ ς καί π α λ ὄ μ ε ν ο ς, ἡ ἄρτηριακή πίεση εἶναι ὑ ψ η λ ἡ ἢ τουλάχιστο διατηρεῖται στά φυσιολογικά ἐπίπεδα ἐνῶ ὑφίστανται σημεῖα ἐμφανῆ αἱμορραγίας. Τά σημεῖα αὐτά ἐρμηνεύουν ἀ ν ο ξ ί α (ἐλάττωση τοῦ O_2 στό αἷμα καί τούς ἰστούς) καί ὑ π ε ρ κ α π ν ί α (ἀνύμωση τοῦ ἐπιπέδου τοῦ CO_2 στό αἷμα). Ἡ μελέτη ὑπολογισμοῦ τῶν ἀερίων τοῦ αἵματος μπορεῖ προφανῶς νά ἐπιβεβαιώσει αὐτά τά κλινικά δεδομένα ἢ νά ἀποκαλύψει διαταραχή στήν ἀρχή τῆς. Ὑπενθυμίζονται οἱ αἰσιολογικές παράμετροι:



Στό αρτηριακό αίμα:

Ἡ ὀξυαιμοσφαιρίνη (κορεσμός τῆς αἰμοσφαιρίνης) εἶναι 97%.

Ἡ μερική πίεση τοῦ ὀξυγόνου (PO₂) ἀντιπροσώπευτική τοῦ διαλυμένου ὀξυγόνου εἶναι 95 ππ Hg. Τό ποσοστό τοῦ ὀλικοῦ CO₂ (ἀλκαλική ἔφεδρία) εἶναι 55 ὄγκοι (25 πEq) γιά 100. Ἡ μερική πίεση τοῦ CO₂ (PCO₂) ἀντιπροσώπευτική τοῦ διαλυμένου CO₂, εἶναι 40 ππ Hg.

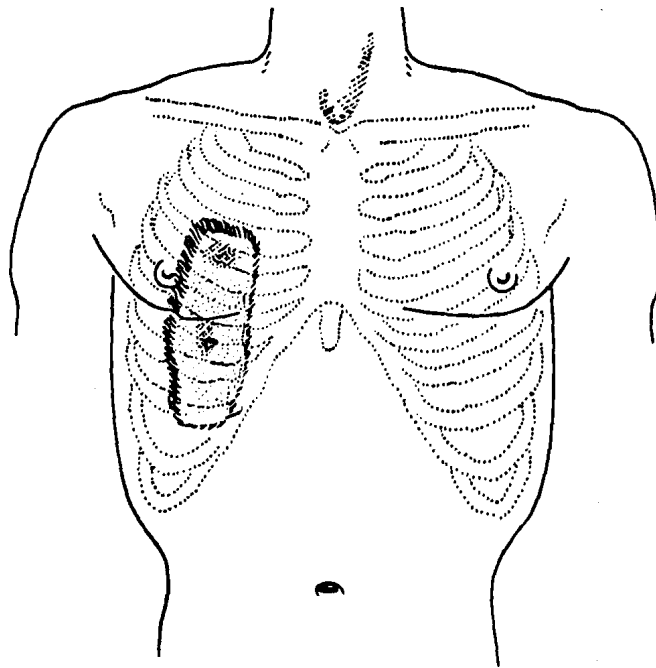
Τό pH τοῦ αρτηριακοῦ αἵματος εἶναι 7,35.

Στό φλεβικό αἷμα: τό PO₂ εἶναι 40 ππ Hg, τό PCO₂ εἶναι 46 ππ Hg.

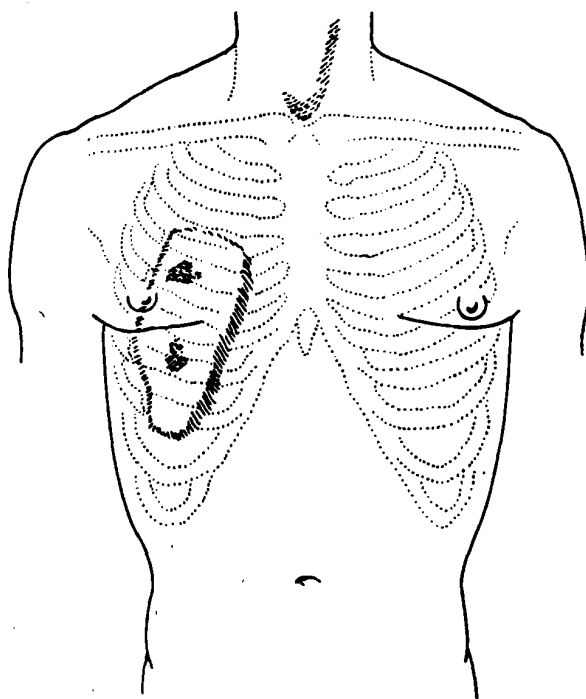
Τά σημεῖα πού ἀναφέρθηκαν, ἐνδεικτικά μεγάλης ἀναπνευστικῆς δυσχερείας, ἀφείλουν νά συσχετισθοῦν αἰτιολογικά. Σχηματικά διάφορες αἰτιολογικές καταστάσεις μποροῦν νά θεωρηθοῦν. (Σχ. 18)

1. ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΤΟΥ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ

Μπορεῖ νά μήν πρόκειται παρά γιά πολλά κατάγματα πλευρῶν, πού, ἀπό τόν πόνο πού προκαλοῦν, ἐλαττώνουν ἀξιοσημεῖωτα τήν ἀναπνευστική λειτουργία, πού συχνά εἶναι ἐλαττωμένη ἀπό μιά χρόνια ἀναπνευστική ἀνεπάρκεια, ὅπως εἶναι σέ ἐμφυσηματικό άτομο (ὑπαρξη δηλαδή μόνιμης, σημαντικῆς διάτασης τῶν κυψελίδων) ἢ σέ ἀσθματικό (ὑπαρξη λειτουργικῶν βλαβῶν τῶν βρογχιολίων).



Σχ. 18 Παράδοξη ἀναπνοή σέ πολλαπλά κατάγματα πλευρῶν
(εἰσπνοή → εἰσολκή)



Σχ. 19. Παράδοξη άναπνοή σε πολλαπλά κατάγματα πλευρών
(έκπνοή→προπέτεια)

Πρόκειται πιά συχνά γιά πολλαπλά κατάγματα πλευρών πού περιλαμβάνουν άριθμό πλευρών, όποτε δυό ένδεχόμενα είναι δυνατόν νά άπαντηθοϋν: ένα μόνο κάταγμα ανά πλευρά. Σε περίπτωση άμφοτερόπλευρων βλαβών αύτου τύπου, τότε τό σύνολο στέρνο-πλευρές μπορεί νά έχει άπελευθερωθεί από τόν υπόλοιπο θωρακικό κλωβό και νά κινείται ά ν ε ξ ά ρ τ η τ α και ά ν τ ί θ ε τ α από τίς άναπνευστικές κινήσεις του υπόλοιπου θώρακα (π α ρ ά δ ο ξ η ά ν α π ν ο ή). (Σχ. 19)

Διπλό κάταγμα σε πολλές πλευρές: τότε τό μεταξύ των καταγμάτων θωρακικό τοίχωμα παρουσιάζει τήν ίδια μέ τό προηγούμενο άνωμαλία στις άναπνευστικές κινήσεις (π α ρ ά δ ο ξ η ά ν α π ν ο ή). 'Η παράδοξη άναπνευστική κινητικότητα τμήματος του θωρακικού τοιχώματος γενικά άναγνωρίζεται εύκολα μέ τήν έπισκόπηση, άφοϋ τό θωρακικό τοίχωμα έ κ τ ε ί ν ε τ α ι, ένω τό περιλαμβανόμενο μεταξύ των καταγμάτων, αντίθετα ε ί σ έ χ ε ι. Οι αντίθετες κινήσεις βέβαια παρατηροϋνται στή φάση τής έκπνοής.

Άν τό υποδόριο έμφύσημα κ ρ ύ β ε ι τήν παράδοξη κινητικότητα είναι βέβαιο ότι οι άκτινογραφίες του θώρακα θά δείξουν τά κατάγματα και τήν σπουδαιότητα τής μεταθέσεως.

Μόλις άναγνωριστεί ή παράδοξη κινητικότητα άκείλει νά σ τ α θ ε ι ρ ο π ο ι η θ ε ι, άκόμα και μέ πρόχειρα μέσα, γιατί π ρ ο έ χ ε ι ή



βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας.

Μπορεί να πρόκειται τέλος για ρήξη θύλου του ημιδιαφράγματος, κατά κανόνα άριστερά, αφού η μάζα του ήπατος προστατεύει τον ημιδιαφραγματικό θύλο δεξιά, και πού μπορεί να προκαλέσει παράδοξη κοιλιακή άναπνοή, με συνέπεια, έκτός των άλλων, την παρεκτόπιση της καρδιάς και της βάσεως του πνεύμονα. Πραγματικά η διάγνωση είναι πολύ συχνά ακτινολογική και κάποτε πολύ δύσκολη. Μετά τη διαπίστωση παραμόρφωσης του θύλου του ημιδιαφράγματος παρατηρείται πάνω από αυτό διαφάνεια πού όφείλεται στο στόμαχο ή τό έντερο, ακτινολογικό σημείο πού άνακαίνεται πολλές φορές άργά, ή πού κρύβει συλλογή άρχικά του ύπεζωκότα.

2. ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΥΠΕΖΩΚΟΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ

Αύτή μπορεί να όφείλεται σέ άέρα: πνευμοθώρακας, πιό συχνά όμως σέ αίμα: αιμοθώρακας, ή να είναι μικτή: αιμοπνευμοθώρακας.

Διαπιστώνεται κλινικά: μερικές φορές από την άρχή με βάση τά σχετικά σημεϊα:

Σύνδρομο έσωτερικής αιμορραγίας (ώχρότητα, ψυχροί ιδρωτες, δίψα, όξεία ψυχρή μύτη, άκρα ψυχρά, ίσχνός αφυγμός, άρτηριακή πίεση χαμηλή, διαφορική πίεση μικρή, αϊσθημα έλλείψεως άέρα). Υποδόριο έμφύσημα έκτεταμένο πού μπορεί να διαχέεται σ' όλο τό θωρακικό τοίχωμα, τόν τράχηλο, τό πρόσωπο πού τό κάνει άγνώριστο.

Άπό την εξέταση του θώρακα, πού γίνεται όχι χωρίς δυσκολίες άναμενόμενες σέ τέτοιο τραυματία, διαπιστώνεται με την έπισκόπηση: μειωμένη κινητικότητα του τραυματισμένου ημιθωρακίου και μέκλιση (σκολίωση) της σπονδυλικής στήλης προς την έδια πλευρά, ενώ με την ψηλάφηση βρίσκειται έλάττωση των φωνητικών δονήσεων, με την έπίκρουση άμβλύτητα από συλλογή αίματος, τυμπανικότητα από πνευμοθώρακα, και τέλος με την άκρόαση έλάττωση ή έξαφάνιση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος.

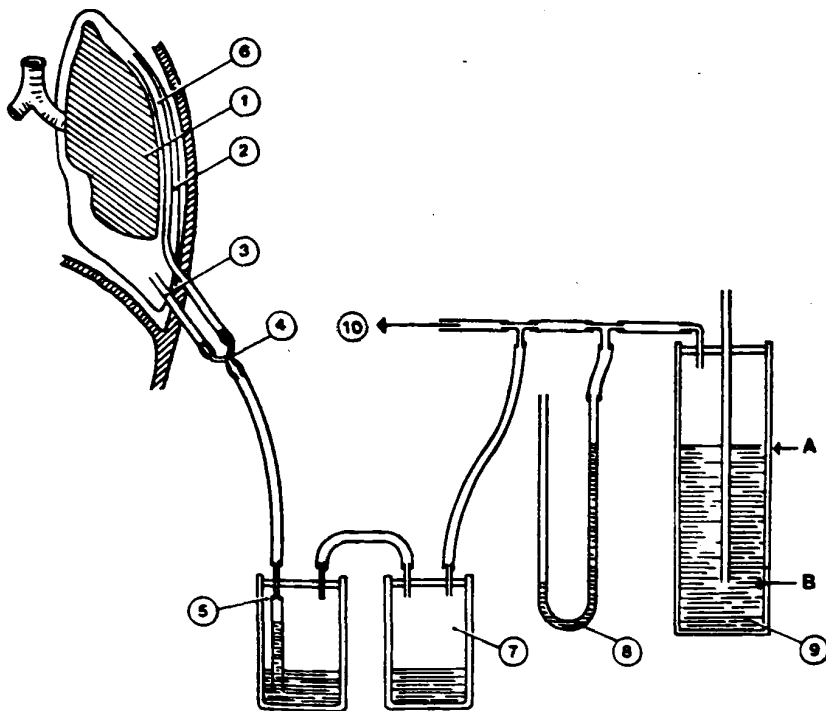
Προσδιορίζεται ακτινολογικώς: Διαφάνεια πολύ ή λίγο έκτεταμένη από τόν πνευμοθώρακα με έξαφάνιση της πνευμονικής σκιάς και άπώθηση του πνεύμονα προς τίς πνευμονικές πύλες. Σκιερότητα έπίπεδη, άποδεικτική συλλογής ύγρου πού καταλαμβάνει τόν πλευροδιαφραγματικό χώρο και άνέρχεται σέ άλλες φορές σέ άλλο έπίπεδο, άνάλογα με την βαρύτητα του αιμοθώρακα.

Είκόνα ύδροαερική του αίμοπνευμοθώρακα.

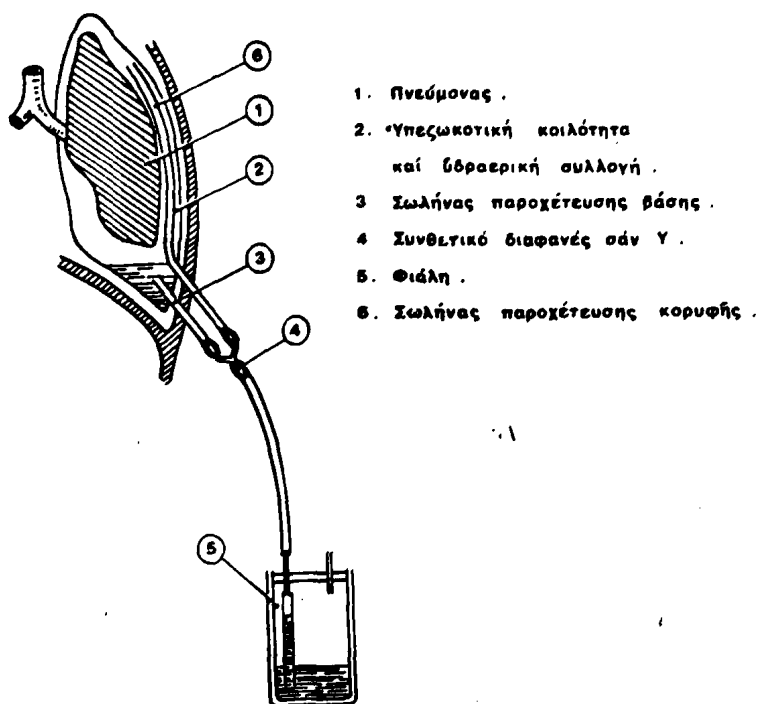


Ἡ ἐπιβεβαίωση γίνεται μέ τήν παρακέντηση τοῦ θώρακα μέ τοπική ἀναισθησία, πού, ἄρχικά εἶναι ἐρευνητική γιά τή φύση τῆς συλλογῆς καί στή συνέχεια γίνεται ἐκκενωτική καί ὅταν εἶναι σημαντική ἡ συλλογή. Ἐπιβάλλεται πραγματικά νά ἀδειάσει γρήγορα μιὰ τέτοια συλλογή, γιατί ἔτσι ἀπαφεύγεται ἡ ἀπώθηση τοῦ μεσοθώρακίου ἀλλά καί ἡ συμπίεση τοῦ πνευμονικοῦ παρεγχύματος, μέ ὅλες τίς ἐπιπτώσεις τῆς στήν ἀναπνευστική καί κύρια στήν καρδιακή λειτουργία. Ἡ κένωση τῆς συλλογῆς πολύ συχνά ἐπιβάλλεται νά γίνεται συνεχῶς μέ κλειστή παροχέτευση τῆς υπεζωκοτικῆς κοιλότητος, γεγονός πού τήν ἐπιτυγχάνει κατά τρόπο ἱκανοποιητικό, ἐνῶ ταυτόχρονα ἐξασφαλίζει τή διάταση τοῦ πνεύμονα καί τήν ἐπαναφορά του στό θωρακικό τοίχωμα, γεγονός οὐσιῶδες γιά τή λειτουργικότητά του. (Σχ. 20, 21)

3. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΚΩΛΥΜΑΤΑ. Αὐτά ἀποτελοῦν προϋποθέσεις μόλυνσεως τοῦ τραχειοβρογχικοῦ δένδρου (βρογχοπνευμονία). Στίς ἀνώτερες ἀεραφόρες ὁδούς συλλέγονται βρογχικές ἐκκρίσεις ἢ αἷμα πού δέν μποροῦν νά ἀποβληθοῦν μέ τήν ἀπόχρεμψη, ἐπειδή παρεμποδίζονται ἀπό τό ἐντονο θωρακικό ἄλγος. Τό κώλυμα εἶναι ἐμφανές κλινικῶς: Ἡ ἀναπνοή εἶναι ἐργώδης, μέ ἰσχυρούς τούς ρόγχους σέ ἀπόσταση διακοπτόμενη ἀπό ἐπαναλαμβανόμενες προσπάθειες γιά βήχα, ἀλλά πολύ χαμηλό καί ἀνεπαρκή. Στήν ἀκρόαση γίνονται ἀντιληπτοί πολυάριθμοι ὑγροί ρόγχοι διάχυτοι, ἤχηροί, συρρίοντες.



Σχ. 20. Κλειστή παροχέτευση ἡμθωρακίου (διεγρή-συνεχῆς)



Σχ. 24. Διπλή κλειστή παροχέτευση ήμιθωρακίου .

Ἡ ἀκτινογραφία τοῦ θώρακα δέν εἶναι καί τόσο διακρυστικὴ, ἐνῶ σὲ προχωρημένο ἐξελικτικὸ στάδιο μπορεῖ νὰ δείξει διάσπαρτες θολώσεις, χαρακτηριστικὲς βρογχοπνευμονικῶν διάσπαρτων ἐστιῶν.

Σὲ περίπτωσι καλὰ ἐντοπισμένης βρογχικῆς ἀποφράξεως μπορεῖ στὴν ἀκτινογραφία νὰ ἀναφανεῖ εἰκόνα ἀτελεκτασίας πνευμονικοῦ τμήματος. Ἄν ἔχει ἐπισυμβεῖ ἀπόφραξι στελεχιαίου βρόγχου, τότε ὁλόκληρο τὸ σύστημα πνευμονικὸ πεδίο ἀναφαίνεται θολερό.

Σκιερότητα πνευμονικὴ μὲ τὴν κορυφὴ πρὸς τίς πύλες καί τὴ βάση στὴν περιφέρεια ἀφείλεται σὲ μερικὴ ἀτελεκτασία λοβοῦ ἢ τμήματος τοῦ πνεύμονα ἀπὸ ἀπόφραξι δευτερογενοῦς βρόγχου.

Στὶς περιπτώσεις αὐτές ἡ ἀφαίρεσι τοῦ καλύματος πρέπει νὰ εἶναι πάρα πολὺ γρήγορη. Γίνονται ἀναρροφῆσις ὅπὸ τὸ φάρυγγα, λάρυγγα, τραχεία, μὲ τὴ βοήθεια καθετήρα πού εἰσάγεται ὅπὸ τὴ μύτη ἢ τὸ στόμα, ἢ ἐπιδιώκεται ἐπαρκῆς βήχας μὲ τὴ μείωσι τοῦ θωρακικοῦ ἀλγους. Στὴν ἀνάγκη ἐκτελεῖται βρογχοαναρρόφηση μὲ τραχειοβρογχοσκοπικὸ καθετήρα καί τέλος τραχειοστομία πού καταργεῖ τὸ νεκρὸ χῶρο ἀλλὰ κι ἐπιτρέπει βρογχικὴ ἀναρρόφηση πλήρη καί πιὸ εὐκόλη.



4. ΒΛΑΒΕΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΕΙΟΒΡΟΓΧΙΚΟΥ ΔΕΝΔΡΟΥ.

Τέτοιες βλάβες, αρκετά σπάνιες, μπορεί να βρεθούν ακόμα και χωρίς τοιχωματικές βλάβες, όπως σε τραυματισμό με προσδιοπίδια συμπίεση του θώρακα. Η κλινική έκφραση αυτών, σε περίπτωση π.χ. πλήρους ρήξεως στελεχιαίου βρόγχου, γίνεται πολύ συχνά: είτε με την ανάπτυξη πνευμοθώρακα συμπίεστικού, (υπόταση), με έντονα θετική πίεση, που αναπαράγεται ταχύτατα μετά από κάθε παρακέντηση, είτε με έμφυσημα του μεσοθωρακίου ταχύτατο και σημαντικό, όπου, εκτός από την έντονη δύσπνοια, παρατηρείται έμφυσημα της βάσεως του τραχήλου, εύκολα όρατο και ψηλαφητό πάνω από τη λαβή του στέρνου, με κριγμό στο επίπεδο αυτό.

Η άκτινογραφία επιβεβαιώνει εύκολα τη διάγνωση με τις "φωτεινές λωρίδες" πλάγια από την τραχεία, χαρακτηριστικές του πνευμομεσοθωρακίου.

Στην παραμικρή αμφιβολία και κυρίως σε περίπτωση άτελου ρήξεως βρόγχου, που αποκαλύπτεται με άρχαμενο πνευμομεσοθώρακιο, ένδεικνυται η έκτέλεση τραχειοβρογχοσκόπησης που επιτρέπει την επιβεβαίωση και άκριβη εκτίμηση της βλάβης.

5. Αν αυτά τα διάφορα γενεσιουργά σύνδρομα μεγάλης ανεπάρκειας πρέπει να προσδιοριστούν έπακριβώς, επιβάλλεται να υπομνηστεί ότι πολύ συχνά συνυπάρχουν και σε ποικίλες αναλογίες, γεγονός που κάνει δύσκολη την κλινική έξατομίκευση και βέβαια αρκετά σύνθετες τις θεραπευτικές ενδείξεις.

ΙΔΙΑΙΤΕΡΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

1. Η ρήξη μεγάλων άγγείων: του μεσοθωρακίου, της άορτης κυρίως, που εκδηλώνεται με: *collapsus*, σύνδρομο συμπίεσης της άνω κοίλης φλέβας (οίδημα και συμφορήση του προσώπου), και διαπλάτυνση του μεσοθωρακίου στις άκτινογραφίες. Η βαρύτητα τέτοιων αλλοιώσεων έχει ανάγκη άμεσης διαγνώσεως, και η σχετική συχνότητα μορμών ρήξεως σε δύο χρόνους ή άτελοῦς διασχίσεως που προηγείται μερικές φορές για πολλές ημέρες της πλήρους ρήξεως, αιτιολογεί την αναγκαιότητα άυστηρής παρακολούθησης σε έξειδικευμένο χειρουργικό κέντρο.

2. Οι καρδιοπερικαρδιακές βλάβες, των οποίων η πιο τυπική κλινική εικόνα είναι εκείνη του αϊμοπερικαρδίου, σχεδόν μεμονωμένου, άνότοκου θωρακικού τοιχώματος από βλήμα ή μαχαίρι και που, αυξάνοντας σε έγκο, συμπιέζει την καρδία κι έμποδίζει τη συστολή. Τα πιο ούσιώδη κλι-



νικά σημεῖα του εἶναι τὰ ἀκόλουθα:

Ὁψη του τραυματία: ὠχρὴ ἢ ἀλλὰ ἐπίσης καὶ κυανωτικὴ. Τραυματίας ἀνήσυχος καὶ ἀγωνιώδης με ἀναπνοή ταχεῖα καὶ ἐπιπόλαια.

Στὴ θωρακικὴ ἐξέταση βρίσκεται ἡ πύλη εἰσόδου τοῦ τραύματος, πού εἶναι καθοριστικὴ ὅταν ἐντοπίζεται στό προκάρδιο ἢ στό χῶρο ἀπὸ τῆς δευτέρης ὡς τὴν ὄγδοη πλευρά ἐκατέρωθεν τοῦ στέρνου, ἀλλὰ πού μπορεῖ καμιὰ φορά νά βρίσκεται σέ μεγάλη ἀπόσταση ἀπὸ αὐτό. Ἡ ἀνεύρεση τῆς πύλης ἐξόδου ἀν ὑπάρχει καὶ ἡ ἀναπαράσταση τῆς διαδρομῆς τοῦ βλήματος εἶναι ἀρκετά ὑποβοηθητικά.

Σημεῖα αἰμοπερικαρδίου: Ἐλάττωση τῆς καρδιακῆς ὤσεως σπὴν ψηλάφηση, αὕξηση τῶν ὀρίων τῆς καρδιακῆς ἀμβλύτητας σπὴν ἐπίκρουση, μείωσι τῶν καρδιακῶν τῶνων σπὴν ἀκρόαση. Στὴ διαγνωστικὴ ἀνάγκη παρακέντηση τοῦ περικαρδιακοῦ σάκου ἀπὸ τὴν ὑποξίφειδρικὴ περιοχὴ γιὰ τὴν ἀναζήτησιν αἵματος.

Στὴν περιφερικὴ ἐξέταση: ἀσυγμὸς μικρός, ταχύς, κυρίως ἀνώμαλος, ἀρτηριακὴ πίεση χαμηλὴ, φλεβικὴ πίεση ὑψηλὴ. Ἡ κυάνωση καὶ ἡ συμφορήσιν τῶν ἀραγίτιδων φλεβῶν, ἡ ἀγωνία καὶ ἡ δύσπνοια, πού μερικῶς ὑποχωροῦν σέ ἡμικαθιστικὴ θέσιν, αὐξάνονται με τὴν κατόλιση (σημεῖο τοῦ Mondor).

Τὰ παρακλινικά σημεῖα θά ἀναζητηθοῦν ἐφ' ὅσον ἡ κατάστασι τοῦ τραυματία τὸ ἐπιτρέπει καὶ δέν πρόκειται νά ἐπιμηκυνθεῖ ὁ χρόνος γιὰ τὴν ἐπέμβασι, πού ἔχει καθοριστεῖ μετὰ τὴν ὑποψία περικαρδιακῆς βλάβης. Ἐτσι ἀκτινολογικῶς βρίσκεται αὕξηση καὶ ἀκίνησι τῆς περικαρδιακῆς σκιᾶς, ἐξαφάνισι τῆς καρδιαφρενικῆς γωνίας.

Στό ἠλεκτροκαρδιογράφημα πτώσι τοῦ ST, σημεῖα ἐντοπισμένης ἰσχυαμίας, κυρίως διαταραχῆς τοῦ ρυθμοῦ καὶ τῆς ἀγωγῆς μότητας (block των σκελών).

Ἐπάρχουν ὅμως ἀπατηλῆς κλινικῆς εἰκόνας, τέτοιες ὅπως τοῦ ἀπλοῦ αἰμοθώρακα, γιὰ τίς ὁποῖες πρέπει νά ἐπιμείνουμε σπὴ σημειολογικὴ ἀξία τῶν ἀκόλουθων δεδεμένων πού εἶναι: ἡ ἐννοια τῆς διαδρομῆς τοῦ τραύματος, τὸ σημεῖο τοῦ Mondor, τὰ ἀκτινολογικά καὶ ἠλεκτροκαρδιογραφικά σημεῖα, ἀλλὰ καὶ σπὴν ἀναγκαιότητα ἀναλήψεως ἐξαιρετικῆς αὐστηρῆς καὶ ἐπιμελημένης σέ τέτοιους τραυματίες.

3. ΟΙ ΒΛΑΒΕΣ ΑΛΛΩΝ ΘΩΡΑΚΙΚΩΝ ΣΠΛΑΓΧΝΩΝ.

Τέτοιες εἶναι π.χ. τοῦ θωρακικοῦ πόρου πού ἐξηγοῦνται με τὴν χυλώδη ἢ ὀροαίματηρὴ ὀψη τοῦ ὑγροῦ τῆς παρακέντησις τοῦ θώρακα, οἰσοφαγικῆς, πού ἐκτός ἀπὸ τὴν ὑπαρξιν σημείων ἐπιβαρύνσεως τῆς ἀναπνοῆς (δύσπνοια), συνυπάρχουν ἐμετοί, σύσπαση



του επιγαστρίου, έπιβάρυνση ταχεία της γενικής κατάστασης, έξαιτίας, όπως είναι έπαικόλουθο, της άρχόμενης μεσοθωρακίτιδας.

4. ΘΩΡΑΚΟΚΟΙΛΙΑΚΟΙ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ.

Στά προβλήματα από τις θωρακικές βλάβες προστίθενται και έκεινα από τις βλάβες του διαφράγματος και υποδιαφραγματικών σπλάγχχνων, συμπυών (σπλήνας άριστερά, ήπαρ δεξιά, νεφροί στις δύο πλευρές), που έρμηνεύονται από σύνδρομο έσωτερικής αιμορραγίας, πρωτοπαθούς ή δευτεροπαθούς για τις ήπατικές βλάβες ή σπληνικές, από αίματα της άσφυϊκής χώρας και τέλος αίματουρία για τις νεφρικές βλάβες.

Άλλά και κοίλα σπλάγχχνα (στόμαχος, δωδεκαδάκτυλο) παθαίνουν κακώσεις, των οποίων ή βλάβη έρμηνεύεται από περιτονναϊκό σύνδρομο με χαρακτηριστική σύσπαση της κοιλιάς και έκδηλο πνευμοπεριτόναιο. Άκόμη πρέπει να σημειωθεί σ'αυτές τις περιπτώσεις ή δυνητικά λαθεμένη έρμηνεία συσπάσεως, από κάταγμα των χαμηλότερων πλευρών του θωρακικού κλωβού, που μπορεί να προκαλέσει τραυματική σύσπαση σε μιά έκταση του γειτονικού κοιλιακού τοιχώματος.

5. ΤΑ ΤΡΑΥΜΑΤΑ ΜΕ ΑΝΟΙΧΤΟ ΘΩΡΑΚΑ.

Αυτά χαρακτηρίζονται από είδική κλινική σημειολογία:

- α) Όπου κυριαρχούν δύο στοιχεία: ή σφοδρότητα του $c h o c$, με έξαφάνιση σχεδόν του αφυγμού και της άρτηριακής πίεσεως, και ή τραυματόπνοια, φύσημα αφοδρό από τό θωρακικό τραύμα σε κάθε άναπνοή, που έρμηνεύει την εύρεία έπικοινωνία του υπεζωκότα με τό έξωτερικό περιβάλλον, δηλαδή ό όλικός πνευμοθώρακας και ή όπ'αυτόν σημαντική άπώθηση του μεσοθωρακίου.
- β) Όπου έπιβάλλεται άμεση ενέργεια: ή άπόφραξη του τραύματος στην άνάγνη με μέσα πρόχειρα και τυχαία, ώστε να ξαναποθετηθεί ό υπεζωκότας σε πίεση συμβατή, δηλαδή μετατροπή του άνοιχτού πνευμοθώρακα σε κλειστό.

ΕΞΕΛΙΞΗ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ

Η εξέλιξη ενός τραυματισμού του θώρακα ποικίλει πολύ.

1. ΣΤΙΣ ΑΜΕΣΕΣ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟ ΣΤΗΠΜΕΣ. Ό θάνατος μπορεί να έπέλθει ταχύτατα από την κυρίαρχη βλάβη, όπως τραύμα της καρδιάς, ρήξη της άορτής, ή την έπιδείνωση ενός από τά περιγραφέντα σύνδρομα πιο πάνω άναπνευστικής άνεπαρκείας και που μπορούν να προκαλέσουν τελικά άσφυξία, άνοξία.



Σ' αυτό ή εκείνο τό σύνδρομο, μέσα σέ μερικές ώρες, έρχεται νά προστεθεϊ ή νά υπερτεθεϊ κάποιο άλλο, πού επιπλέκει τή θεραπεία και επιβαρύνει τήν πρόγνωση.

Άλλοτε πρόκειται για άπλό αιμοθώρακα πού τό μέγεθος του είναι και παραμένει μέτριο.

2. ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΩΣ. Συχνά ο αιμοθώρακας, όταν είναι μικρός, απορροφάται προσδευτικά, ο πνεύμονας έκπτύσσεται μέχρι τό θωρακικό τοίχωμα, μιά έμφανής τραυματική βλάβη του θώρακα έπιουλούται, κατάγματα των πλευρών παρουνται, και δέν παραμένουν σά συνέπειες παρά άπλές συμφύσεις του υπεζωμότα.

Άλλες όμως φορές έπέρχονται επιπλοκές, όπως έπανάληψη τής αιμορραγίας, μέ αιμορραγικό σύνδρομο δευτερογενές πολύ πιο βαρύ όπό ό,τι πριν και σέ έναν κουρασμένο τραυματία. Πλημμελής άπορρόφηση του αιμοθώρακα, πού έγκλιστώνεται από ίνώδεις ταινίες και πού πιέζει τόν πνεύμονα, μπορεί νά προκαλέσει, άν δέν έκτελεσθεϊ χειρουργική επέμβαση για τήν άποφλοίωσή του, σημαντική άπώλεια τής ζωτικής χωρητικότητας.

Κατά κύριο λόγο μολύνσεις, ιδιαίτερα του υπεζωμότα, πού μετατρέπουν τόν αιμοθώρακα σέ πυοθώρακα, του όποιου ή συμπτωματολογία είναι ένίοτε θορυβώδης, όμοια μέ εκείνη μιάς πυώδους πλευρίτιδας, πού έλέγχεται μέ τόν προσδιορισμό των μικροβιακών παραγόντων και πού άναζητούνται στην καλλιέργεια του αίματρου ύγρου τής παρακέντησης.

Άλλά και πνευμονικές μολύνσεις αρκετές φορές άναπτύσσονται, μέ σημεϊα παρεγχυματώδους συμφορήσεως ή έστίες βρογχοπνευμονικές, κατά προτίμηση σέ περιπτώσεις βρογχιών κωλυμάτων (έγκρίσεις), πού μέ τά έπικολούθα φαινόμενα κυψελιδικής έξίδρωσης, έλαττώνουν άκόμα τήν αϊμάτωση και επιδεινώνουν έτσι τήν άναπνευστική άνεπάρκεια του τραυματία.

3. ΜΕΤΑΓΕΝΕΣΤΕΡΑ

Η τραυματική κάωση του θώρακα μπορεί νά άφήσει σά συνέπειες:

- Τοιχωματικές βλάβες: όπως όστεϊτίδα πλευρās μέ σπρίγγιο πού έξελίσσεται κατά περιόδους, νευραργίες από έγκλεισμό μεσοπλευρίου νεύρου στον πάρο του κατάγματος,
- υπεζωμοτικές: όπως σχηματισμός κλειστών κοιλοτήτων στον υπεζωμότα (ύπολειμματικών), συμφύσεις σέ άλλοτε άλλη έκταση,
- πνευμονικές: όπως κήλη του πνεύμονα κατά μήκος των βαδιών πλάνων του θωρακικού τοιχώματος, έπιβραδυμένο άπόστημα από ξένο σώμα πού παρέμεινε έγκλειστο στον τραυματισμό και τέλος
- βρογχιικές: όπως στένωση ποικίλου βαθμού τής τραχείας, κυρίου ή δευτερεύοντα βρόγχου.



Όλες αυτές οι συνέπειες, χωρίς να αναφερθεί ο προφανής αντίκτυπος στη στατικότητα της σπονδυλικής στήλης, τη μορφολογία του θώρακα, τη λειτουργικότητα της άμοιλατιαίας ζώνης και των άνω άκρων, μπορούν να ελαττώσουν όριστικά κάποτε και κατά τρόπο σαφή την αναπνευστική λειτουργία του τραυματία. Γι' αυτό είναι πάντοτε πολύ χρήσιμος, στη διάφκεια της αναρρώσεως του τραυματία, ο λεπτομερειακός λειτουργικός έλεγχος του αναπνευστικού συστήματος.



ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Στις παθήσεις του μαστού τρεις βασικές αρχές πρέπει σταθερά να λαμβάνονται υπ' όψη:

- Κάθε όγκος του μαστού μπορεί να είναι καρκίνος.
- Κανένα κλινικό στοιχείο δεν είναι έπαρκώς σαφές για να αποκλείσει αυτή τη δυνατότητα.
- Η βεβαιότητα για τη φύση του όγκου προσφέρεται μόνον από την ιστολογική εξέταση, που πάντοτε πρέπει να παραγγέλλουμε με την ταχεία βιοψία, άμεσα μετά τη χειρουργική αφαίρεσή του.

ΓΕΝΙΚΗ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ

Πρίν από την κλινική εξέταση πρέπει, με τό κατάλληλο ερωτηματολόγιο, να λαμβάνεται τό ιστορικό της άρρωστης. Τοῦτο μπορεί να άφορά:

1. Στη διερεύνηση του γενικού ιστορικού της άρρωστης και πού περιλαμβάνει στοιχεία γυναικολογικά, όπως έγκυμοσύνες, θηλασμός, χρονική διάρκεια αυτού, ή ύπαρξη ή όχι προβλημάτων από τό μαστό στη διάρκεια του θηλασμού, όπως λεμφαγγειίτιδα, απόστημα, γαλακταφορίτιδα προϋπάρχουσα διόγκωση πού άφορούσε σέ ίνωμα και τέλος ή γεννητική δραστηριότητα της έξεταζομένης, ή ηλικία της έμμηνοπαύσεως.

2. Στη διερεύνηση της καθοριστικής διαταραχής πού άνάγκασε σέ ίατρική εξέταση και πού μπορεί να περιλαμβάνεται σέ μιά από τις ακόλουθες τρεις σημειολογικές οντότητες:

α) Λειτοουργικά σημεϊα. Αύτά είναι σπάνια σέ συσχέτιση με τις βλάβες του μαστικού αδένου. Όμως δύο δυνατότητες είναι δυνατόν να σημειωθούν: ή αιματηρή ρύση από τη θηλή, και ή ανώμαλη εύαισθησία του μαστού, αυτόματη ή προκλητή με την πίεση

β) Γενικά σημεϊα. Και αυτά επίσης είναι πολύ σπάνια: Έτσι ό πυρετός μπορεί να παρατηρηθεί στη διαδρομή όξειών παθήσεων του μαστού, ενώ ό έπηρεασμός της γενικής καταστάσεως παρατηρείται στο τελικό στάδιο της έξε-

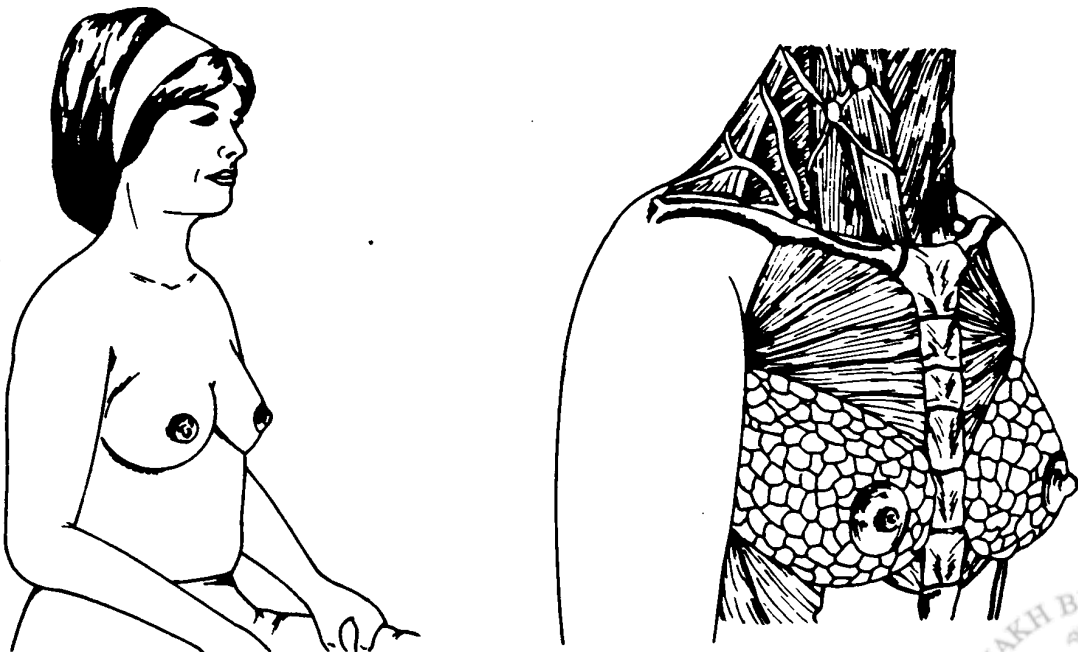


λίξεως του καρκίνου του μαστού.

γ) Φ υ σ ι κ ά σ η μ ε ἴ α. Αὐτά ἀπαρτίζουν τὰ δεδομένα τῆς κλινικῆς ἐξετάσεως, ἐνῶ ἓνα ἀπὸ ὅλα εἶναι ἡ πιὸ συχνὴ αἰτία ἱατρικῆς ἐξετάσεως καὶ συγκεκριμένα ἡ ἀνακάλυψη μ ι - κ ρ ῆ ς δ ι ο γ κ ῶ σ ε ω ς σ τὸ μαστό. Ὅμως ἀνεξάρτητα ἀπὸ τὸ γεγονός αὐτό, κι ὅποιοδήποτε καὶ ἂν εἶναι τὸ σημεῖο ἐπικλίσεως, πρέπει νὰ προσδιορισθεῖ ὁ χρόνος καὶ οἱ συνθη- κες ἐμφανίσεως αὐτῆς, ὁ τρόπος ἐξελίξεως, ἡ ὕπαρξη ἢ ὄχι πρόσφατης ἐπιδεινώσεως, ὅπως καὶ τυχόν ἐπίδραση ἐπὶ τῆς συστάσεως καὶ μεγέθους τῆς τοῦ γεννητικοῦ κύκλου. (αὔξομείω- ση). (Σχ. 22, 23)

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Στὶς ἐξεταζόμενες, γυμνές ἀπὸ τῆ μέση καὶ πάνω, πρέπει συστηματικὰ νὰ διερευνηθοῦν καὶ οἱ δύο μαστοί. Ἡ κλινικὴ ἐξέταση γίνεται: Σέ ὀρθια θέση, σέ κατακεκλιμένη, μετὰ σέ ὀρθια καὶ μέ κλίση τοῦ σώματος πρὸς τὰ μπόρς, ὥστε ἔτσι νὰ "ἀποχωρισθεῖ", κατὰ τὸ δυνατόν ὁ μαστός ἀπὸ τὸ θωρακικὸ τοί- χωμα. Ἡ ἐξέταση ἐπεκτείνεται ἀπαραίτητα καὶ στὰ ἐπιχώρια λεμφογάγγλια τῶν μαστῶν, μασχαλιαῖα, ὑπέρ καὶ ὑποκλείδις, τραχηλικά.



Σχ. 22 Ἐπισκόπηση τῶν μαστῶν .

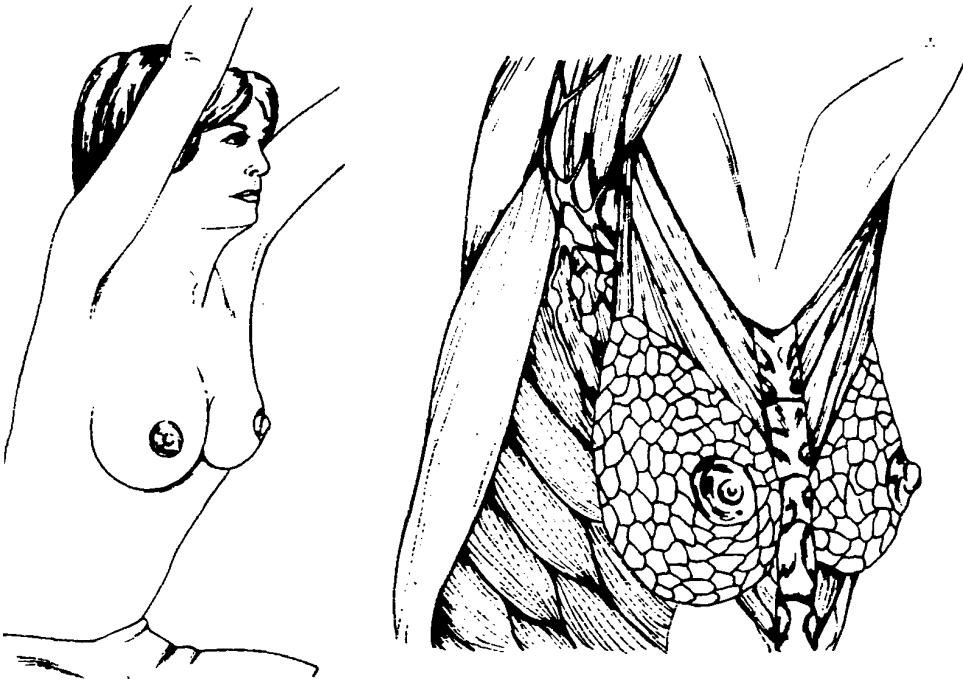


Εικ. Είσοδική της Θηλής. Καρμίνος μαστού

Ελέγχεται επίσης η όψη του δέρματος του μαστού, πού μπορεί νά είναι έ ρ υ θ ρ ό μέ παράπλευση φλεβική κυκλοφορία, σκληρό ή σέ κάποιο σημεῖο εισελκόμενο, δείγμα συμφύσεως του μέ υποκείμενο όγκο ή ακόμα νά έχει όψη φλοιού πορτοκαλιού, αποδεικτικό σημεῖο λεμφικής στάσεως.

ΨΗΛΑΦΗΣΗ. Αύτή γίνεται αρχικά στήν έξεταζόμενη σέ ήπια κατάκλιση, στή συνέχεια όρθια καί τέλος όρθια καί μέ κάμψη του κορμιού πρós τά μπρός, μέ τό έξετάζον χέρι, πού όφείλει νά εφαρμόζεται επί του μαστού καί νά έπεκτείνεται μέχρι τό πλευρικό τόξο. Μέ τή μέθοδο αυτό αποκαλύπτεται ή ύπαρξη όγκιδί-
cy, του όποιου πρέπει νά προσδιορισθουν:





Επισκόπηση μαστών. Θέση για την καλύτερη επισκόπηση της μασχαλίας
Επόφους του θώρακα.

ΟΠΙΣΗ, Αύτη πρέπει να γίνεται με συνθήκες καλού φωτι-
κατά μέτωπο και εκ του πλαιίου. Έτσι δίνεται η δυνα-
να να εκτιμηθεί η συμμετρία των δυό μαστών, η ύπαρξη κά-
χης ή αλλοιώσεως της μορφής, η όψη της θηλής, που
να έχει προς τα πλάγια μετακινηθεί, να είναι ρικνωμέ-
α ανέρχεται προς τα πάνω.



Εκ. Υπερρίθμιση της δεξιάς μαστού



Ἡ ἐντόπιση: σέ ἓνα ἀπό τά νοητά τεταρτημόρια τοῦ μαστοῦ, πίσω ἀπό τή θηλή, στή μασχαλιαία ἀπόουση τοῦ μαστικοῦ ἀδένα.

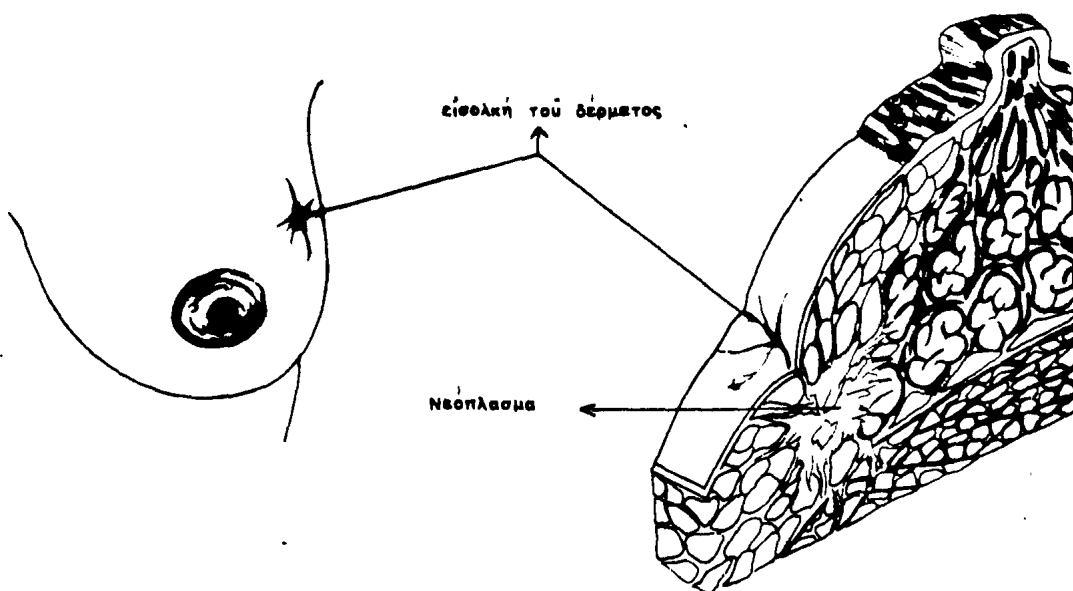
Ἡ σύσταση: Σκληρή, μαλακή, κυστική, ὁμαλή ἢ ἀνώμαλη.

Τά ὄρια: σαφῆ ἢ ἀσαφῶς καθοριζόμενα, μέ τυχόν ἐπεκτάσεις.

Ὁ ἀριθμός: Μονήρης ἢ πολλαπλές διογκώσεις καί τέλος

Ἡ κινητικότητα, πού ἀποκαλύπτει τήν ὕπαρξη ἢ ὄχι διηθήσεως τῶν παρακειμένων τοῦ ὄγκιδίου ιστῶν.

Ἰδιαίτερα ἡ ἐκτίμησή της σχετίζεται μέ τό ὑπερκείμενο δέρμα, πού μπορεῖ νά διολισθαίνει στήν ἐπιφάνεια τοῦ ὄγκιδίου ἢ ἀντίθετα νά εἶναι καθηλωμένο μερικῶς ἢ πλήρως. Ἀκόμα σέ κάποιο σημεῖο του μπορεῖ νά εἶναι ἐμβυθισμένο, γεγονός πού σημαίνει διήθηση, ἀλλά πού ἀρκετές φορές δέν εἶναι ὀρατή στήν ἐπισκόπηση, ἢ ἀλλοίωση αὐτή. Σέ συσχέτιση μέ τή θηλή, ὅταν μετακινεῖται τό ὄγκιδιο ἢ ὄγκος καί ταυτόχρονα ἔλκεται ἡ θηλή, διαπιστώνεται τότε ἄν αὐτή εἶναι καθηλωμένη ἢ ὄχι, σ' αὐτό. (Σχ. 24).



Σχ. 24. Νεόπλασμα μαστοῦ. Ἐίσολη δέρματος.



Είς. Είσογκή του δέρματος, καρμίνος μαστού.

Γιά τόν έλεγκο τής σχέσεως του όγκου του μαστού μέ τά βαθύτερα (υποκείμενα) αύτου ιστικά στοιχεία μέ τή σύμφυση-διήθηση ή όχι του μείζονα θωρακικού μύος, χρήσιμος είναι ο χειρισμός του Tillaux. Μέ τήν έξεταζόμενη καθιστή και τόν άγκώνα σέ 90°, παραγγέλεται προσπάθεια προσαγωγής του βραχίονα στό θώρακα, πού παρεμποδίζεται μέ τό ένα χέρι του έξετάζοντος. Έτσι συσπᾶται ο μείζων θωρακικός μύς και άκινητοποιείται. Ταυτόχρονα τό άλλο χέρι κινητοποιεί τόν όγκο, πού ανάλογα μέ τήν ύπαρξη ή όχι διηθήσεως κινητοποιείται ή όχι.

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΧΩΡΙΩΝ ΛΕΜΦΟΓΑΓΓΛΙΩΝ. Ή έξέταση αύτή, άπαραίτητη, πρέπει νά γίνεται συστηματικά σέ κάθε όγκο ή όγκίδιο του μαστού. Μεταξύ των έπιχωρίων λεμφογαγγλίων του, μερικά είναι προσπελάσιμα μέ τήν ψηλάφηση, όπως τής μασχालιαίας κοιλότητας, του υπερκλειδίου βόθρου, τά τραχηλικά, του επιγαστρίου, ένω άλλα δέν διερευνώνται μέ αύτήν, όπως τά λεμφογάγγλια τής έσω μαστικής άρτηρίας-φλέβας, αλλά μόνο μέ λεμφογραφία.

Ή ψηλάφηση των λεμφογαγγλίων τής μασχालιαίας κοιλότητας γίνεται μέ τεντωμένα τά δάκτυλα του έξετάζοντος χεριού, του εισδύουν στήν κορυφή της κι από κει κατέρχονται πρós τά

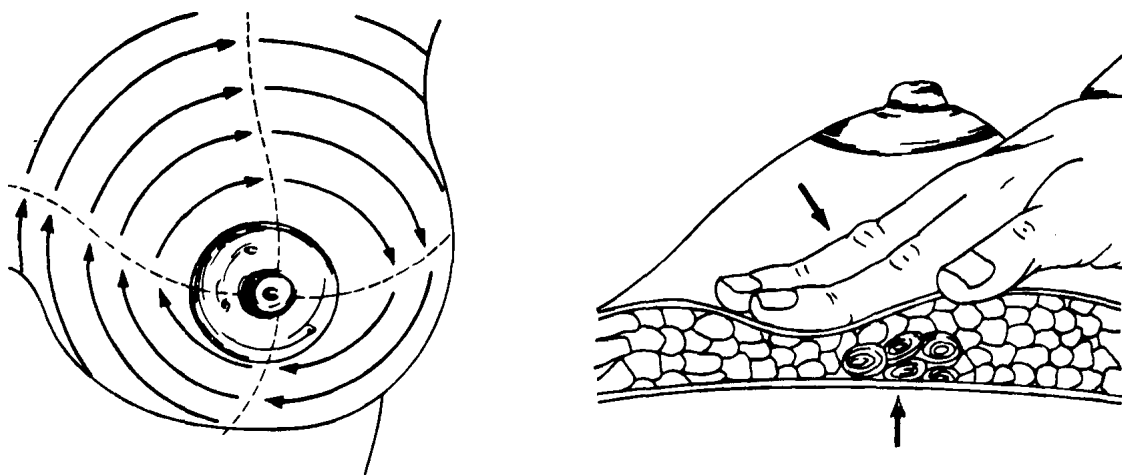


κάτω, και ψηλαφούν τὰ ἔξω μαστικά λεμφογάγγλια ἐπὶ τοῦ πλευρικοῦ τόξου. Στὴ συνέχεια ἐλέγχονται διαδοχικὰ ἡ ὁμάδα τῶν βραχιονίων, τῶν κάτω ὠμοπλατιαίων, ἡ ὁμάδα τῶν κεντρικῶν (τῆς κορυφῆς) καὶ τῶν ὑποκλειδίων. Ἡ ὁμάδα τῶν ὑπερκλειδίων ψηλαφᾶται ταυτόχρονα καὶ ἀπὸ τὶς δύο πλευρές, μὲ τὰ δύο χέρια τοῦ ἐξετάζοντα, πού βρίσκεται πίσω ἀπὸ τὴν ἀρρωστη ἐκμεταλλεῦμενος μάλιστα τὶς μεταβολές τῶν βόθρων αὐτῶν κατὰ τὸ βήχα, πού παραγγέλει. Τέλος τὰ ἐπιγαστρικὰ λεμφογάγγλια διερευνῶνται μὲ τὴν ψηλάφηση τῆς περιοχῆς τοῦ ἐπιγαστρίου καὶ τῆς θήκης τῶν ὀρθῶν κοιλιακῶν μυῶν.

Ὅταν διαπιστωθεῖ ψηλαφητὴ ἀδενοπάθεια, πρέπει νὰ προσδιοριστοῦν οἱ χαρακτηριστὲς τῶν γαγγλίων τῆς, δηλαδὴ ἂν αὐτὰ εἶναι μικρά, σκληρά, κινητὰ, διολισθαίνοντα κάτω ἀπὸ τὸν ἐξετάζοντα δάκτυλο, μὲ ἢ χωρὶς περιεδενίτιδα, ἀνώδυνα, τυπικὰ νεοπλασματικά. Ἄλλοτε βρίσκονται καθλωμένα ἐπώδυνα, μὲ περιεδενίτιδα.

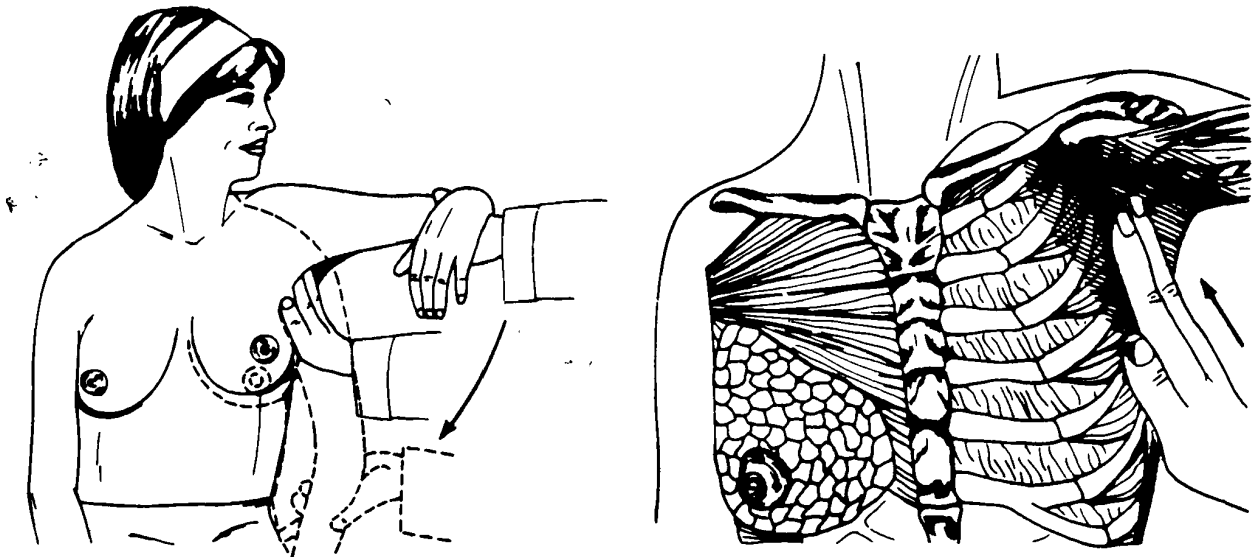
Συμπληρωματικὲς ἐξετάσεις.

Ἡ διαφανοσκοπήση, πού γίνεται μὲ τὴ βοήθεια ἰσχυροῦ πλάγιου φωτισμοῦ σὲ περιβάλλον σκοτεινὸ. Ἐπιτρέπει κλασσικὰ νὰ διακριθεῖ ἡ διαφανῆς κύστη ἀπὸ τὴ σκοτεινὴ ὄψη ἑνὸς καρκίνου. Ἄλλὰ καρκίνος μικροῦ μεγέθους σὲ σκληρὸ μαστό κινδυνεύει νὰ διαφύγει. Ἡ ἐξέταση αὐτὴ κυρίως καθοδηγεῖ τὴν παρακέντηση κύστεως τοῦ μαστοῦ, πού ἔχει ἐπὶ πλεον διαπιστωθεῖ μὲ τὴ μαστογραφία, καὶ πού χρησιμεύει γιὰ τὴν κυτταρολογικὴ ἐξέταση κατὰ τὴ μέθοδο Παπανικολάου. (Σχ. 25, 26)



Σχ. 25. Ἀναπαράσταση τοῦ τρόπου ψηλαφήσεως τοῦ μαστοῦ.





Σχ. 26. Ψηλέφηση τῶν λεμφογαγγλίων τῆς μασχάλης .

Ἡ μαστογραφία, πού ἀποτελεῖ συμπληρωματική ἐξέταση ἀπαραίτητη στή διάγνωση τῶν παθήσεων τοῦ μαστοῦ.

Ἡ βιοψία τέλος ἀποτελεῖ οὐσιώδη πράξη, ἀφοῦ μόνο ἡ ἱστολογική ἐξέταση πληροφορεῖ κατά τρόπο ἀσφαλῆ γιά τή φύση καί τό χαρακτήρα μιᾶς βλάβης τοῦ μαστοῦ. Ὑπάρχουν τρεῖς τεχνικές, ἀρκετά ἀνομοιογενοῦς ἀξίας.

1. Ἡ βιοψία πρὶν ἀπό τή χειρουργική ἐπέμβαση μέ παρακέντηση, πού ἔχει ἀξία ὅμως μόνο τό θετικό της.
2. Ἡ βιοψία στή διάρκεια τῆς ἐπεμβάσεως, πού ἀκολουθεῖται μέ ταχεία ἱστολογική ἐξέταση καί πού ἀποτελεῖ τή μέθοδο ἐκλογῆς, ἀναγνωρισμένη καί χρησιμοποιούμενη ἀπό ὅλους καί
3. Ἡ βιοψία καί ἱστολογική ἐξέταση μετὰ τή χειρουργική ἐπέμβαση, πού δίνει ἀσφαλεῖς πληροφορίες ὄχι μόνο γιά τήν ἐπιβεβαίωση τῆς ταχείας βιοψίας ἀλλά καί γιά τήν ἐκτίμηση τῆς



νεοπλασματικής διηθήσεως μέρους ή όλων των επιχωρίων λεμφογαγγλίων.

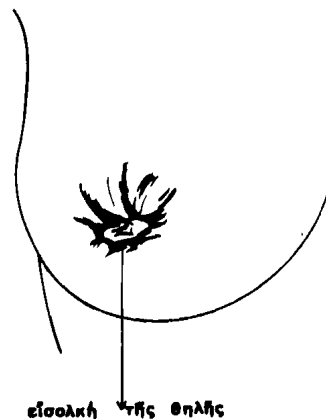
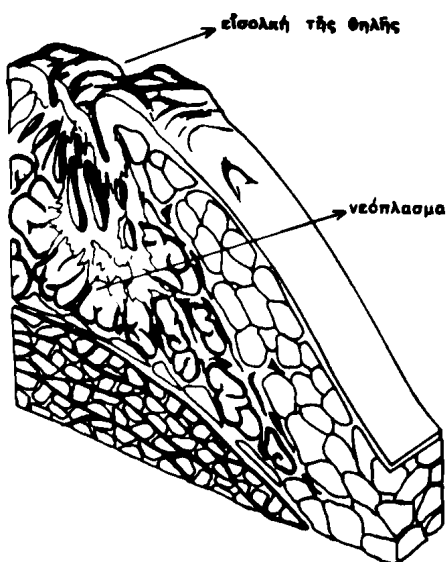
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Πρόκειται για τó συχνότερο καρκίνο πού προσβάλλει τή γυναίκα μεταξύ 40 και 50 ετών. Σε 100 γυναίκες προσβάλλεται 1 άνδρας.

Άρχικό στάδιο. Ἡ διάγνωση τοῦ καρκίνου πρέπει νά γίνεται σ' αὐτό τó στάδιο, γιά νά μπορεῖ νά θεραπευθεῖ ἐπαρκῶς, ἀλλά πού ὅμως σ' αὐτή τήν περίοδο ἡ σημειολογία εἶναι λιγότερο τυπική καί ἀρκετά διακριτική. Ὁδηγεῖται στήν ἐξέταση μιᾶς γυναίκα γύρω στά 40 χρόνια γιὰτί ἔχει διαπιστώσει τήν ὑπαρξη μιᾶς ἀνώμαλης, ἔστω καί πολύ μικρῆς, διογκώσεως στό μαστό. Ἡ κλινική ἐξέταση ἀρχίζει ἀπό τó λεπτομερειακό ἱστορικό καί στή συνέχεια μέ τήν ἐπισκόπηση καί τήν ψηλάφηση ὅπως παραπάνω ἀναφέρθηκε. Ἀκολουθοῦν βέβαια καί οἱ συμπληρωματικές ἐξετάσεις.

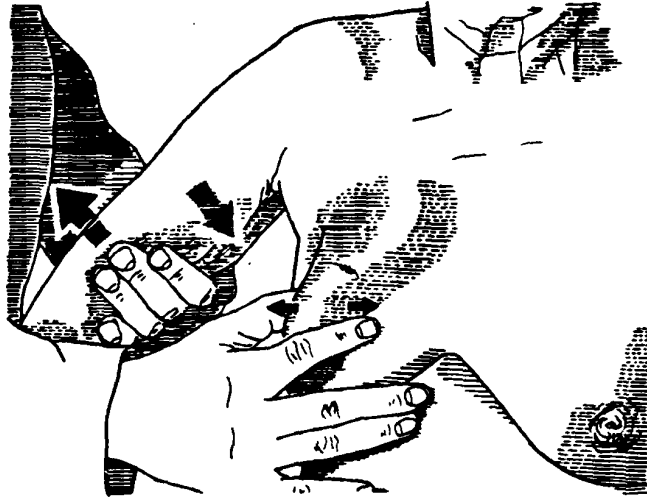
Μεταγενέστερο στάδιο. Ἡ διάγνωση τοῦ καρκίνου τότε εἶναι ἀτυχῶς ἀρκετά ἐμφανῆς καί εὐκόλη.

Ἐπισκόπηση: Ὁ μαστός εἶναι μερικές φορές λίγο παραμορφωμένος, μέ ἐμφανή τή θέση τοῦ ὄγκου. Παρατηρεῖται εἰσολική τοῦ δέρματος τοῦ ὑπερκείμενου τοῦ ὄγκου, ἡ αὐτό παίρνει τήν ὄψη φλοιοῦ πορτοκαλιοῦ. Ἡ θηλή ἔλκεται πολλές φορές πρὸς τó μέρος τοῦ ὄγκου, εἴτε βρίσκεται σέ εἰσολική. (Σχ. 27)



Σχ. 27. Κεντρική ἐντόπιση νεοπλασματος. Εἰσολική τῆς θηλῆς.





Σχ. 28. Χειρισμός του Tillaux.

Ψηλάφηση. Μέ αυτή εκτιμάται τό μέγεθος του όγκου, πού μπορεί νά κυμαίνεται από 3 ως 10 cm. ή σκληρότητά του, ή ασάφεια τών όρίων του καθώς και ή τυχόν διήθηση του υπόλοιπου αδένα άπ' αυτόν. Τό δέρμα μπορεί νά είναι καθηλωμένο (διηθημένο) στην έπιφάνεια του όγκου μερικώς ή ολοκληρωτικώς και μπορεί τότε στην ψηλάφηση νά σχηματίζει χαρακτηριστική άρκετά πτυχή-είσοληκή. Ή θηλή πολλές φορές είναι σε είσοληκή και προσδιορίζεται ή σταθερότητά της ή όχι.

Μέ τό χειρισμό του Tillaux διαπιστώνεται ή σύμφυση και διήθηση του μείζονα θωρακικού μύος. Ή ψηλάφηση τών μασχαλιών και λοιπών έπιχωρίων λεμφογαγγλίων είναι άπόλυτα άναγκαία. Τέλος οί συμπληρωματικές έξετάσεις όπως μαστογραφία, Επρογραφία κ.λ.π., έκλεκτικά τουλάχιστον, χρησιμοποιούνται για τήν έπιβεβαίωση ή ένίσχυση τής διαγνώσεως. (Σχ. 28)



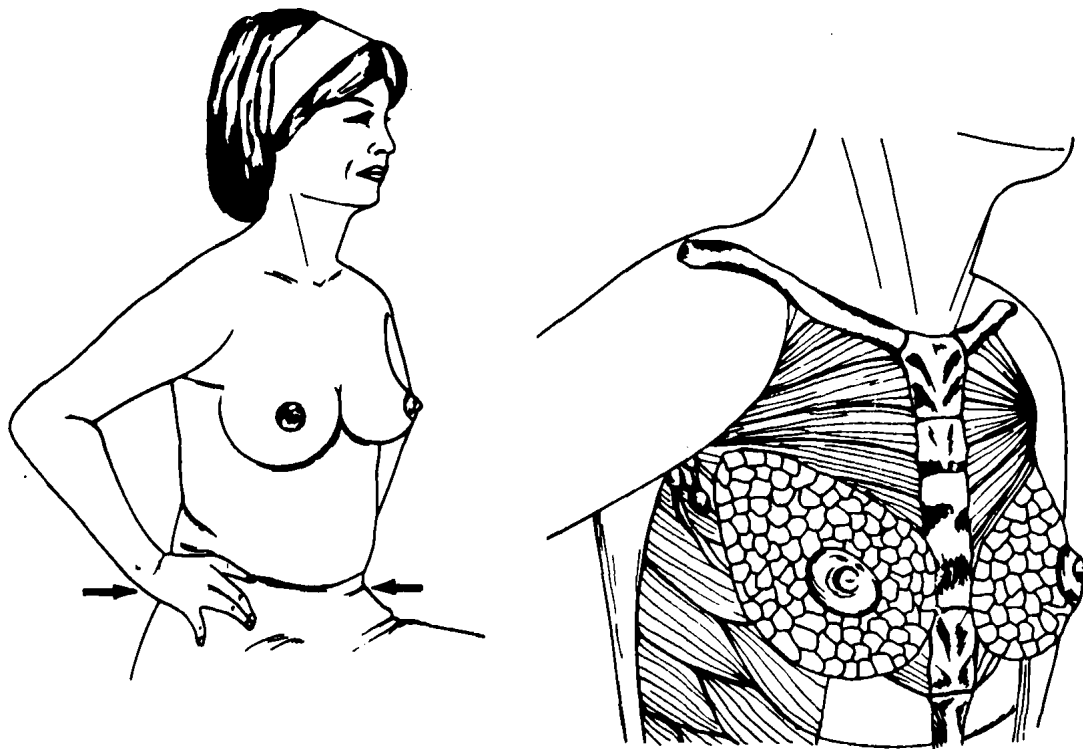
Ἡ ἐξέταση συμπληρώνεται μέ γενική διερεύνηση τῆς ἀρρωστῆς, πού περιλαμβάνει τήν ἀναζήτηση μεταστάσεων στό θώρακα, στόν ὑπεζωκότα, στόν πνεύμονα, στά ὀστά τοῦ σκελετοῦ (λεκάνη, κρανίο κ.λ.π.) καί τήν ἐκτίμηση τῆς γενικῆς καταστάσεως μέ τήν προοπτική μιᾶς χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως. (Σχ. 29)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΓΝΩΣΕΩΣ. Αὐτά εἶναι ἀρκετά ἀνόμοιας ἀξίας, ἀλλά ὀφείλουν ὅπωςδήποτε νά συγκεντρώνονται στήν κλινική ἐξέταση, γιατί ἔτσι ὀλοκληρώνεται ἡ ἐνδειξη γιά τήν θεραπεία ἐκλογῆς. Περιλαμβάνονται:

Τ ὀ ἔ ὀ α φ ο ρ ς : Ἡ ἡλικία τῆς ἀρρωστῆς ἔχει ἐξιόλογη προγνωστική ἀξία, ἀφοῦ ὁ καρκίνος εἶναι πιό σοβαρός ὅσο πιό νέα εἶναι αὐτή. Ἡ ὁρμονική ἰδιοσυστασία, ὅταν εἶναι ἰσχυρά οἰστρογονική, ἀποτελεῖ ἐπιβαρυντικό στοιχεῖο.

Ο ἰ π ρ ὀ σ φ α τ ε ς ἔ ξ ε λ ι κ τ ι κ ἔ ς ἔ π ι δ ε ι ν ὴ σ ε ι ς τοῦ ὄγκου.

Ο ἰ χ α ρ α κ τ ῆ ρ ε ς τοῦ ὄγκου, ὅπως μέγεθος σημαντικό, ἐντόπιση στά ἔσω τεταρτημόρια πού ἔχουν κακή πρόγνωση.



Σχ. 29. Μέ τήν ἄμεσολαβή, σόσπαση τοῦ μείζονα θωρακικοῦ κυός γιά τόν ἔλεγχο διηθήσεως ὑποκειμένων τοῦ μαστοῦ ἰσθμῶν καθῶς καί τοῦ ὑπερκειμένου δέρματος. Παραλαγή τῆς μεθόδου τοῦ Τίλλιακ.



Είν. Όγκικές μεταστάσεις καρκίνου μαστού.

Οι χαρακτηήρες της αδενοπάθειας, όπως καθλωμένοι ή κινητοί λεμφαδένες.

Ό ιστολογικός τύπος: Τόσο πιο κακής πρόγνωσης, όσο πιο άδιαφοροποίητος είναι ο καρκίνος.

Η ύπαρξη μεταστάσεων άπομακρυσμένων ή όχι.

Γιά την έπιδημιολογική έρευνα του καρκίνου του μαστού και τή διεθνή συνενόηση, ύφίσταται ή ακόλουθη ταξινόμηση των διαφόρων έξελικτικων σταδίων του. Σ'αυτή ο όγκος άναπαριστά- νεται με τό κεφαλαίο γράμμα Τ, ή λεμφοδενοπάθεια με τό γράμμα Ν και οι μεταστάσεις με τό γράμμα Μ.

Ταξινόμηση του καρκίνου του μαστού.

T1.: όγκος μικρότερος από 2 cm., κινητός.

T2.: όγκος μεταξύ 2 και 5 cm. με μερική σύμωση του υπερκει- μένου δέρματος ή της θηλής.

T3.: όγκος μεταξύ 5-10 cm., πλήρως καθλωμένος.

T4.: όγκος 10 cm. με έκτεταμένη διήθηση.

N0.: λεμφογάγγλια άθικτα.

N1.: άδενοπάθεια όμόπλευρη κινητή.

N2.: άδενοπάθεια όμόπλευρη, με καθλωμένους λεμφαδένες.

N3.: άδενοπάθεια όμόπλευρη στον υπερκλείδιο βόθρο.



M0.: άνυπαρξία μεταστάσεων.

M1.: άπομακρυσμένες μεταστάσεις στις όποτες περιλαμβάνεται και ή διήθηση άπομακρυσμένων λεμφογαγγλίων.

Μέ βάση τά παραπάνω διαφορετικά στοιχεία, μπορούν νά διακριθοϋν 4 στάδια.

Σ τ ά δ ι ο 1: T1, N0, M0.

Σ τ ά δ ι ο 2: T1 ή T2, N1, M0.

Σ τ ά δ ι ο 3: T1 ή T2 και N2 ή N3, M0.

T3 ή T4 και N1 ή N2, M0.

Σ τ ά δ ι ο 4: Όποιαδήποτε σύνθεση τών παραπάνω μέ M1.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ

Άνάλογα μέ τήν έ ν τ ό π ι σ η. Ό καρκίνος τών έσω τεταρτημορίων τοϋ μαστοϋ, στον όποιο πρέπει νά συμπεριληφθεϊ και ό πίσω από τή θηλή, δίνει πολύ γρήγορα μεταστάσεις στά λεμφογάγγλια ή τής έσω μαστικής φλέβας, ένω σέ έντόπισή του στή μασχαλιαία άπόφυση τοϋ άδένα, μπορεί νά συγχέεται μέ μασχαλιαία άδενοπάθεια. Καρκίνος τής ύπομαστικής περιοχής, πού εύκολα καλύπτεται από τον έπικείμενο μαστό, καθλώνει (διηθεϊ) γρήγορα τον άδένα στό θωρακικό τοίχωμα. Τέλος υπάρχουν μορφές πού άνακαλύπτονται από τή μασχαλιαία λεμφαδενοπάθεια.

Σύμφωνα μέ τήν έ ξ έ λ ι ξ η. Παρατηρούνται μορφές μέ ταχεία εξέλιξη, όπως εϊναι ή όξεία ν ε ο π λ α σ μ α τ ι κ ή (καρκινωματοώδης) μ α σ τ ί τ ι δ α, πού παρατηρείται σέ νέες γυναϊκες στή διάρκεια τής έγκυμοσύνης ή τοϋ θηλασμοϋ. Ή κλινική έκδήλωση στήν περίπτωση αύτή εϊναι σφοδρή, κυριαρχούμενη από φλεγμονώδη σημεϊα, όπως έξαιρετικά διογκωμένος μαστός, έξέρυθρος, οίδηματώδης. Ή συνοδός άδενοπάθεια εϊναι τύπου φλεγμονώδους, όπως λεμφογάγγλια εύμεγέθη, επώδυνα, λίγο κινητά. Ή γενική κατάσταση έπηρεάζεται άποφασιστικά, γεγονός πού έπιβεβαιώνει τή βαρύτητα τοϋ καρκίνου αύτοϋ, αλλά και πού ή ταχύτητα εξέλιξέως του άποτρέπει από κάθε χειρουργική πράξη, τουλάχιστον άμεσα.

Ό έ γ κ ε φ α λ ο ε ι δ ή ς καρκίνος, άναπτυσσόμενος έπίσης σέ νέες γυναϊκες, χαρακτηρίζεται από όγκο μ α λ θ α κ ό, συστάσεως (διαίτερα άνομοιογενοϋς, έξελισσόμενος γρήγορα σέ μερική νέκρωση και έξέλκωση, από όπου διαφεύγουν νεκρωμένα, έγκεφαλοειδοϋς όψεως, ιστικά στοιχεία τοϋ άδένα.

Ό δ ι ά σ π α ρ τ ο ς σ κ ι ρ ρ ώ δ η ς καρκίνος χαρακτηρίζεται από συρροή έπιπολαίων όζιδίων, έμφυτευμένων στό δέρ-



μα και γύρω από τον δγκο, πού ανταποκρίνονται από παθολογοανατομική άποψη, στις διάχυτες μεταστάσεις με την λεμφική υποδερμική όδό.

Ό σ κ ί ρ ρ ο ς καρκίνος, πού έκδηλώνεται σαν μάζα στο δέρμα σκληρή, παχιά κι έξέρυθρη και συνοδεύεται με έντονο πόνο και αίσθηση συσφύξεως, χαρακτηρίζεται από έκτεταμένη καρκινωματώδη λ ε μ φ α γ γ ε ι ῖ τ ι δ α .

Άντίθετα με τά παραπάνω, υπάρχουν και καρκίνοι με β ρ α δ ε ί α εξέλιξη. Τυπική τέτοια περίπτωση είναι ό σ κ ί ρ ρ ο ς καρκίνος της ή λ ι κ ι ω μ έ ν η ς γ υ ν α ί κ α ς, πού εξέλισσεται αύξανόμενος βραδέως σε μέγεθος, καθλώνει τον αδένα στο θωρακικό τοίχωμα, πού ά τ ρ ο φ ε ῖ, ώστε τελικά άκόμα και η θηλή νά εξαφανιστεί σιγά σιγά. Ή εξέλιξη αυτή διαρκεί άρκετά χρόνια.

Άνάλογα με την ι σ τ ο λ ο γ ι κ ή ύ φ ή. Έκτός από τό τυπικό η άτυπο έ π ι θ η λ ί ω μ α, πολύ η λίγο διαφοροποιημένο, γνωστό από πολύ καιρό σαν πολύ συχνό, υπάρχει τό σ ά ρ κ ω μ α του μαστού, πού άποτελεῖ μ α λ θ α κ ό δ γ κ ο, ποικίλης συστάσεως, διατείνει τό δέρμα χωρίς νά τό διηθεῖ και πού δέν συνοδεύεται με μεταστάσεις στους λεμφαδένες, αλλά πού δίνει γρήγορα μεταστάσεις.

Ό κ ο λ λ ο ε ι δ ή ς καρκίνος, πού συνιστά μάζα ώοειδή, κινητή, άποτελεῖ την πιο ήπια και βραδείας εξέλιξεως μορφή.

Ό έ γ κ ε φ α λ ο ε ι δ ή ς καρκίνος, πού αναφέρθηκε ήδη.

Άναφορικά με τό φ υ λ λ ο ε ι δ ή καρκίνο, αυτός μοιάζει πολύ με σάρκωμα, πού έχει όμως βραδεία εξέλιξη. Ίστολογικά άποτελεῖται από ίναδενομούωμα, δηλαδή καλοήθη δγκο με δυνητική κακοήθεια.

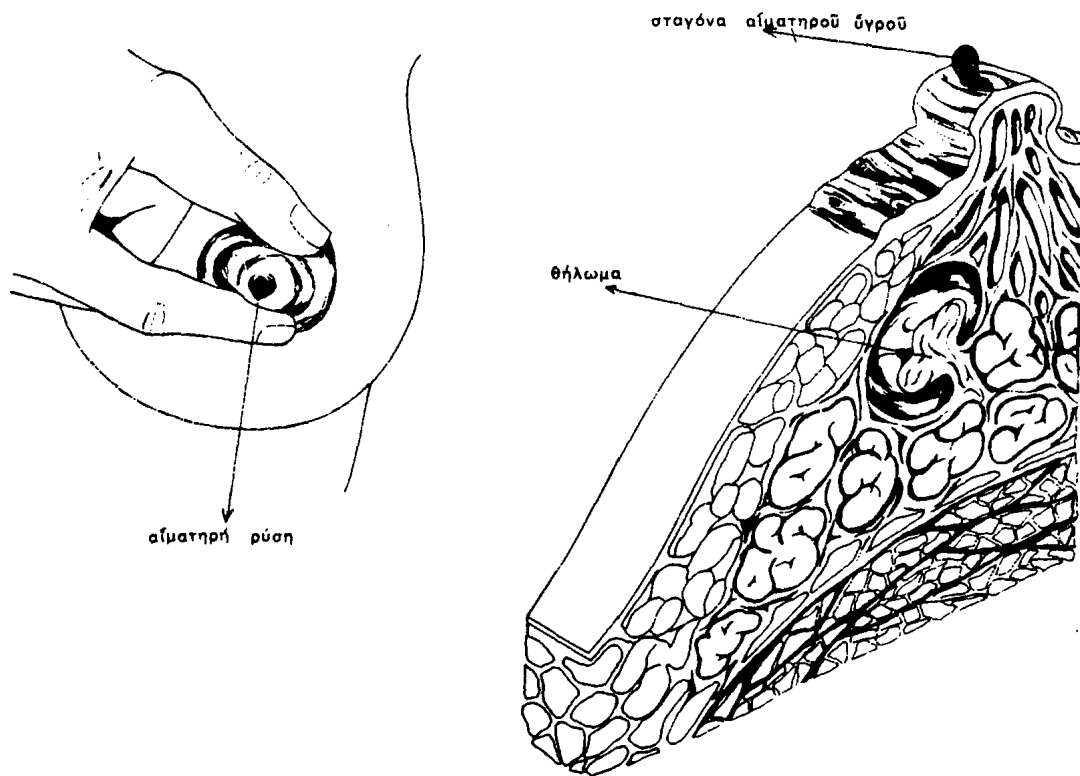
Ό καρκίνος του ά ν τ ρ ι κ ο ὺ μαστού είναι σπάνιος, 1 σε 100 γυναίκες, αλλά άρκετά σοβαρός έξαιτίας του μικρού μεγέθους του αδένα, αλλά και πού, από τή σπανιότητά του, εύκολα άποδίδεται σε κυστική μαστοπάθεια η αδένωμα.

Άνάλογα με την α ί τ ι ο λ ο γ ί α, μπορεί νά παρατηρηθοῦν περιπτώσεις καρκίνου του μαστού, μετά από καλοήθη πάθηση, όποτε και τίθεται τό πρόβλημα έξαλλαγής κακοήθους η άπλως συνυπάρξεως. Σε δυστροφικές παθήσεις του μαστού (πολλαπλές κύστεις, μαστοδυνία, νόσος του Reclus) πού άποδίδονται σε υπερθυλακιναιμία, άποδίδεται καρκινωματώδης προδιάθεση,



γι' αυτό και χαρακτηρίζονται σαν προκαρκινωματώδεις καταστάσεις.

Ἡ αἱμορραγικὴ ρύση ἀπὸ τὴ θηλή τοῦ μαστοῦ πολὺ συχνὰ ὀφείλεται σὲ μικρὸ ὀγκίδιο πού ἀναπτύσσεται στοὺς γαλακτοφόρους πόρους πού συνήθως εἶναι καλοήθεῳ ἀλλὰ πού μπορεῖ νὰ ὑποστῇ κακοήθη ἐξαλλαγή. Χαρακτηρίζεται σάν δένδριτικὸ ἐνδοαυλικὸ ἐπιθηλίωμα. Τέλος ἡ νόσος τοῦ Paget, ἐκζεματοειδεῖς ἀλλοιώσεις τῆς θηλῆς, συχνὰ ὑπέρκειται καρκίνου τοῦ μαστοῦ πού ἔχει ἀφετηρία τὸ γαλακτοφόρο δίκτυο. (Σχ. 30)



Σχ. 30. Σύνδρομο αἱμοραγοῦντος μαστοῦ.



Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V I I I

Π Ε Ρ Ι Φ Ε Ρ Ι Κ Ε Σ Α Γ Γ Ε Ι Ο Π Α Θ Ε Ι Ε Σ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ

Ἡ ἀρτηριακὴ νόσος πού ἐπὶ μακρὸ χρόνιό διάστημα μπορεῖ νά εἶναι ὑποκλινική, ἐκδηλώνεται μὲ πολλοὺς τρόπους, ἄλλοτε προοδευτικά, ἄλλοτε αἰφνίδια καὶ αὐτὸ μάλιστα σὰ συνέπεια ἐπιδεινώσεως σέ κάποια ἐξελικτικὴ φάση.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

Ὅποιοδήποτε ἀπὸ τὰ κλινικά σημεῖα συναγεροῦ, πού θά περιγραφοῦν παρακάτω, ἀρεῖλει νά ὀδηγήσει σέ συστηματικὴ κλινικὴ διερεύνηση ὁλόκληρου τοῦ ἀγγειακοῦ συστήματος.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

1. Τὸ κύριο σύμπτωμα εἶναι ὁ πόνος.

α) Στὴν τυπικὴ του μορφή ὁ πόνος εἶναι τὸ σύμπτωμα τῆς διαλείπουσας χωλότητας, ἡ ὁποία ἐρμηνεύει τὴν ἰσχαίμια κατὰ τὴν προσπάθεια (κόπωση), πού στ' ἀρχικά στάδια αὐτὴ εἶναι ἀνατάξιμη, ἀλλὰ βραδύτερα ὀδηγεῖ σέ νέκρωση μὴ ἀνατάξιμη, καὶ πού τότε ἐμφρόζεται κλινικά μὲ τὴ γάγγραινα. Ἡ τυπικὴ διαλείπουσα χωλότητα τῶν κάτω ἄκρων εἶναι πιό συχνή στὸν ἄνδρα. Στὴν τυπικὴ μορφή οἱ χαρακτηριστὲς τῆς εἶναι σαφεῖς: ἐκδήλωση αἰφνίδια στό βᾶδισμα, μετὰ ἀπὸ τὴ διάνυση ὀρισμένης ἀπόστασης καὶ ἐντόπιση στὴ γαστροκνημία.

Μοιάζει μὲ κράμπα στὴ γαστροκνημία, μὲ αἰσθησιμότητα σφίξεως ἢ πυρακτώσεως, σὰν νά ἔχει χυθεῖ μολύβι, καὶ πού ἀναγκάζει στὴ διακοπὴ τοῦ βᾶδίσματος. Μετὰ ἀπὸ λίγα λεπτά ὁ πόνος τότε ἐξαφανίζεται.

Χρονολογικά: ἡ διαλείπουσα χωλότητα ἀναπαράγεται μὲ ὁμαλότητα, γιὰ μιὰ ὀρισμένη ἀπόσταση βᾶδίσματος, πάντοτε τὴν ἴδια στὴν ἀρχή, 500 ὡς 1000 μέτρα.

Στὴν ἐξελικτικὴ τῆς πορεία ἐκδηλώνεται μετὰ ἀπὸ τὴ διάνυση ὅλο καὶ προοδευτικὰ μικρότερων ἀποστάσεων βᾶδίσματος, 400 μέτρα, 200, 50, ἴσως καὶ 20. Πρέπει νά τονιστεῖ ὅτι ἡ διαλείπουσα χωλότητα ἀπὸ τὴ στιγμή πού θά ἐγκατασταθεῖ δὲν ἐξαφανίζεται ποτέ πιά, ἀλλὰ ἀντί-



θετα, όπως αναφέρθηκε, εξελίσσεται επιδεινούμενη.

Ἡ ἐκδήλωσή της ἐξαρτᾶται ἀπὸ τὸ ρυθμὸ τοῦ βαδίσματος. Ἐπιὸταν ὁ πάσχων τρέχει, βαδίζει γρήγορα, ἀνεβαίνει σκαλοπάτια ἢ ἀπλά βαδίζει ἐνάντια στὸν ἀέρα, ἡ χλωτότητα ἐκδηλώνεται ταχύτερα, ἐνῶ ἀντίθετα, μπορεῖ νὰ ἀπουσιάζει ἀν βαδίζει ἀργὰ καὶ ἤρεμα.

Ἀναφορικὰ μὲ τὴν ἐντόπιση, αὐτὴ μπορεῖ νὰ προσβάλλει ὅλες τὶς περιοχές πού βρίσκονται σὲ μυϊκὴ προσπάθεια, ὅπως, κατὰ κύριο λόγο τὴ γαστροκνημία, ἀλλὰ καὶ τὸ γλουτό, τὴ λεκάνη, τὸ πέλμα τοῦ ποδιοῦ.

Στὰ ἄνω ἄκρα ἡ διαλείπουσα χλωτότητα ἔχει χαρακτηριστὰ πάντοτε ἐπαγγελματικὸ, ὅπως ἡ κράμπα τῶν συγγραφέων, τὸ σύνδρομο τοῦ κρεοπῶλη, τοῦ ξιφομάχου κ.λ.π.

Στὰ σπλάγχνα, ἐκδηλώνεται μὲ τὴ μορφή τοῦ στεφανιαίου πόνου μετὰ ἀπὸ προσπάθεια (στηθάγχη) ἢ τοῦ κοιλιακοῦ πόνου μετὰ τὴ λήψη τροφῆς (ἀρτηρίτιδα μεσεντερικὴ).

Συμπερασματικὰ οἱ δύο βασικοὶ χαρακτηριστῆρες τῆς διαλείπουσας χλωτότητας εἶναι: ἡ ἐκδήλωσις τῆς προσπάθειας, καὶ ἡ ἐξαφάνισις τῆς διακοπῆς.

β) Στὴν ἀτυπὴ μορφή της ἐκδηλώνεται σάν κράμπες, αἰμωδίες στὰ ἄκρα, πού συνοδεύονται συχνὰ μὲ αἰσθημα ψύχους, ἀλγηριζιτικὰ τύπου ἰσχιαλγίας, νευραλγίας μυο-δερματικῆς π.χ. τοῦ ἀντιβραχίου, σημεῖα πού εἶναι ἀκόμα πιὸ καθοριστικὰ, ὅταν ἐκδηλώνονται ὕστερα ἀπὸ τὴ λήψη θέσεως ὑποβοηθητικῆς τῆς ἰσχαιμίας, στὰ κάτω ἄκρα, ὅπως π.χ. γάμπες διασταυραμένες σὲ θέση ὀκλαδόν κ.λ.π.

γ) Ἄλγη στὴν κατὰ κλίση. Αὐτὰ ἐρμηνεύουν ἰσχαιμία σὲ ἤρεμία καὶ ὀριζόντια θέση, εἶναι διαξιφιστικὰ, νυγμώδη, συσφιγκτικὰ ἢ παίρνουν τὸ χαρακτηριστὰ ἀδιάκοπου καύσου.

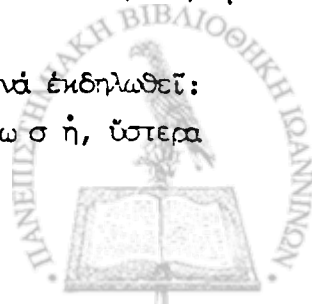
Ἐντοπίζονται στὸν ἄκρο πόδα ἢ στὴ γαστροκνημία γιὰ τὸ κάτω ἄκρο, ἐκλύονται σὲ μιὰ θέση τοῦ ἄκρου παρατεταμένη καὶ ἐπιδεινώνονται μὲ τὴν ἀνάψωσις αὐτοῦ πᾶνω ἀπὸ τὸ ὀριζόντιο ἐπίπεδο. Ἀντίθετα ὁ πάσχων ἤρεμεῖ ὅταν τοποθετεῖ τὸ ἄκρο σὲ ἐπικλινὴ πρὸς τὰ κάτω θέση.

Τὰ ἄλγη αὐτὰ γίνονται γρήγορα συνεχῆ, προκαλοῦν ἀϋπνία, καὶ γρήγορα ἐπιπράζουν τὴ γενικὴ κατὰστασις τοῦ πάσχοντος.

δ) Τὸ ὀξὺ ἄλγος, ἀρτηριακὸς "κωλικὸς" τοῦ Fiolle, ἐρμηνεύει τὴν ὀξεία ἀρτηριακὴ ἀπόφραξις. Εἶναι σφοδρό, αἰφνίδιο, βαθύ, διαξιφιστικὸ, μὲ μεγαλύτερη ἐνταση στὰ περιφερικὰ σημεῖα τοῦ ἄκρου, δέν σταματᾶει παρά πολὺ ἀργὰ, καὶ ἔχει πολὺ ἀκριβὴ ἐντόπιση.

2. Ἡ λειτουργικὴ ἀδυναμία, πού μπορεῖ νὰ ἐκδηλωθεῖ:

α) Προοδευτικὰ: Στὴν ἀρχὴ ἀπλή, ἀκύσκη, κ' ὀπωσῆ, ὕστερα



κόπωση ὑπερβολική πού ἀνησυχεῖ τόν πάσχοντα. Γρήγορα βάρος στό βάδισμα, κι ἐμφάνιση ἀξιοσημείωτης λειτουργικῆς ἀδυναμίας.

β) Αἰφνίδια: ἡ λειτουργική ἀδυναμία εἶναι ἐκδηλωτικῶς κληρωτική. Τό ἄκρο παίρνει ὄψη ψευδοπαρалуτικῆ, μέ ἀπώλεια τῆς ἐκείσας κινητικότητας καί κατάργηση τῶν ἀντανταστικῶν, κλινικά στοιχεῖα πού πρέπει νά στρέψουν τήν προσοχή στήν ὀξεία ἰσχαιμία (ἀρτηριακή ἐμβολή).

3. Οἱ ἀτυπεσ αἰσθητικέσ διαταραχέσ.

Ἡ ὑπαίσθησις ἡ ἀναίσθησις τοῦ ἄκρου, συχνά προηγούμενη ἀπό ποικίλες παραισθησίεσ, οἰαίμωδιεσ, οἰκρυσμαίσεσ (αἰσθησις ψύχουσ), οἰδυσμαίσεσ, ἡ αἰσθησις νεκρωμένων δακτύλων, ἀποτελοῦν κλινικά στοιχεῖα, πού πρέπει νά ἀποδοθοῦν στό ἀρτηριακό σύνδρομο. Σέ μικρή ἔντασή τους, μποροῦν νά ἐκδηλωθοῦν μέ σαφήνεια στήν προκλητή ἰσχαιμία, ἐνῶ στή μέγιστη ἔκφρασή τους, εἶναι σταθερά στή διάρκεια τοῦ ὀξέου ἰσχαιμικοῦ συνδρόμου (ἀρτηριακή ἐμβολή π.χ.).

4. Ἄτυπα λειτουργικά σημεῖα. Ἐνας ὀρισμένος ἀριθμός τέτοιων λειτουργικῶν σημείων ἀρεῖλει νά ὀδηγήσει στήν ἀναζήτηση ἀρτηριακῆσ νόσου:

α) Ἡ δύσπνοια προσπάθειασ ἀρεῖλει νά στρέψει τήν ἔρευνα στήν καρδιακή ἀνεπάρκεια καί στήν ἀναζήτηση π.χ. μιᾶσ ἀγνοούμενης ἀρτηριαφλεβικῆσ ἐπικοινωνίας.

β) Ἡ διάρροια, ὄταν μάλιστα συνοδεύεται μέ ἀδυνατίσμα, ἀρεῖλει νά ἀποδοθεῖ μεταξύ τῶν ἄλλων καί σέ ἰσχαιμία τοῦ δικτύου τῆσ ἄνω μεσεντερίου ἀρτηρίας.

γ) Ἡ σεξουαλική ἀνικανότητα, ὄταν ἔχει πρόσφατα ἡ αἰφνίδια ἐκδηλωθεῖ, ἀρεῖλει νά στρέψει τήν προσοχή στήν ἀπάραξη τοῦ διχασμοῦ τῆσ ἀορτῆσ (σύνδρομο τοῦ Leriche).

ΓΕΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

Αὐτά εἶναι σπάνια ἐκτός τῶν περιόδων ἐπιδεινώσεωσ τῆσ ἀρτηριακῆσ νόσου. Ὁ πυρετός, ἡ ὀλιγουρία, τό ἀδυνατίσμα, ἡ ἀσθενικότητα, ἡ ἀνορεξία σπάνια αἰτιολογοῦν ἀπό μόνες τους ἰατρική ἐξέταση, σέ ἀντίθεση μέ τά ἔντονα σημεῖα στή διάρκεια τῆσ ἐξελίξεωσ τῆσ.

ΦΥΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ. Μερικά ἀπ' αὐτά ἐπιβάλλουν τήν ἐξέταση. Σημειώνεται ἡ σημασία ὀρισμένων ἀποκαλυπτικῶν φυσικῶν σημείων ὄπως εἶναι: δίογκωσ στή διαδρομή μιᾶσ ἀρτηρίας, τροφικέσ διαταραχέσ ἑνὸσ ἄκρου, ἐξέλκωσ ἡ γάγγραινα, οἰδημα ἡ κυάνωσ ἡ νόπλεωρη.



ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΡΤΗΡΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Ο ασθενής εξετάζεται ξαπλωμένος, γυμνός και κατά τρόπο που να προσφέρεται η συγκριτική μελέτη.

ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ. Αύτη στρέφεται άρχικά στο πόσχον άκρο. Είναι κεφαλαιώδης, γιατί ταχύτατα προσδιορίζει την ποιότητα της άγγειώσεως και την τροφικότητα του άκρου.

α) Τό χρώμα του άκρου κυρίως προς τά περιφερικά του τμήματα, και τά δάκτυλα, ιδιαίτερα τά μεγάλα.

1. Τό χρώμα στην άνάπαυση δέν τροποποιείται παρά σέ σοβαρή ίσχαιμία, γίνεται ύπερουθρο, σπαρμένο μέ πλάκες κυανωτικές, ή μαρμαροειδές μέ ζώνες λευκωπές, πελιδνές, οι θηλές των δακτύλων είναι κάτασπρες, κυανωτικές ή ίώδεες. Αυτό τό χρώμα μπορεί νά ποικίλει κατά τόπους στό άκρο, όπως επίσης ένα ή περισσότερα δάκτυλα μπορούν νά παρουσιάσουν χρωματικές διαφορές.

2. Παραλλαγές του χρώματος. Όρισμένες κλινικές δοκιμασίες είναι ιδιαίτερα χρήσιμες για την έκτίμηση της άγγειώσεως του άκρου:

Ή δοκιμασία προσπάθειας (του Roudot): Τό χρώμα του άκρου μετά από προσπάθεια, επιτρέπει την καλύτερη έκτίμηση της λειτουργικής έπάρκειας της άγγειώσεως.

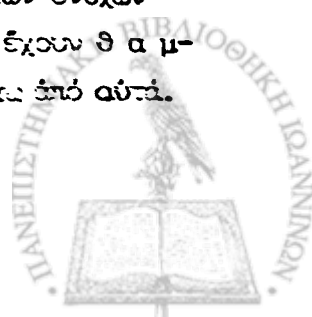
Ή δοκιμασία θέσεως (του Leo Burger): Σημειώνεται ή γωνία κυκλοφοριακής ανεπάρκειας και ο άναγκαίος χρόνος έμκανίσεως της ώχρότητας του πέλματος όταν τό κάτω άκρο άνασηκώνεται προς τά πάνω. Αντίθετα ή έρυθρότητα σέ θέση επικλινή προς τά κάτω του άκρου είναι σημαντικό νά σημειωθεί. Εάν ο άκρος πόδας δέν άσπρίζει γρήγορα στην άνύψωση του άκρου, ή κυκλοφοριακή ανεπάρκεια είναι πολύ μέτρια.

Ή δοκιμασία έπαναχρωματισμού, μετά από πίεση, μέ γυάλινη άντικειμεναφόρο πλάκα, της θηλής του μεγάλου δακτύλου του ποδιού. Ο χρόνος έπαναχρωματισμού δίνει μιá ιδέα, άκριτά άκριβή, της άξίας της τριχοειδικής κυκλοφορίας. Ή δοκιμασία αυτή έχει μεγάλη κλινική άξία.

β) Ή τροφικότητα του δέρματος και των έξερτημάτων του.

Άρχικά, τό δέρμα είναι ξηρό, έκλεπτυσμένο, λείο, μέ πηλαγγειεκτασικές ή κηροειδείς άλλοιώσεις. Ο υποδόριος ιστός είναι έλαττωμένο, και οι μύες έχουν κατά ομάδες και περιοχές ή όλοι ποικίλο βαθμό άτροφίας, γεγονός που διαπιστώνεται μέ την ψηλάφηση.

Στά έξερτήματα του δέρματος παρατηρούνται άλλοιώσεις των όνύχων όπως πάχυνση, εύθραυστότητα, ρωγμές, έχουν θάμπε ή έψη, είναι άνασηκωμένα από υπερκεράτωση κάτω από αυτά.



Αργότερα είναι έδρα έπιπλοκών, όπως :

οι δ ή μα τ α λευκά ή κυανωτικά, μόνο ή άμφοτερόπλευρα, πού προσδιορίζονται καλύτερα μέ τή μέτρηση τών περιοχών πάνω από τά σφυρά, έ λ κ ώ σ ε ι ς, φλύκταινες, πλάκες τέλος ξηρής ή ύγρης γ ά γ γ ρ α ι ν α ς, καρροειδεΐς ή μαΐρες. Στή γάγγραινα σημειώνεται ή άμφιβής θ έ σ η τ η ς, περιουχική, πεληματική, ή κνημιαία, ή μ ο ρ φ ή, κυκλοτερής, άνώμαλη ή σά γεωγραφικός χάρτης, τά θ ρ ι α, άμάλá, διαχωριζόμενα μέ αύλακα ή άνώματα, άσάθροιστα, ή έ κ τ α σ η, περιορισμένη ή γενικευμένη στην περιοχή του άκρου, ή φ ύ σ η τ η ς, ξηρή, στιλπνή, μαρροειδής, ή φλεγμονώδης, ύγρη, συνοδευόμενη μέ έρυθρότητα και οίδημα.

γ) Ή κατάσταση τών φλεβών.

Σέ φυσιολογική κατάσταση είναι δ ι α τ ε τ α μ έ ν ε ς, γ ε μ ά τ ε ς, ύ π ο κ ύ α ν ε ς, ένώ σε παθολογική είναι δ ι ο γ κ ω μ έ ν ε ς, κ ι ρ σ ο ε ι δ ε ι ς, μέ έ λ ι κ ο ε ι δ ή πορεία καμιά φορά μέ σφυγμό, ή αντίθετα ά δ ε ι α ν έ ς και μέσα σε αύλακώσεις του ύποδόριου ιστού σε βαριά ίσχειμία.

Είναι χρήσιμο νά αναζητηθοΐν: ή ταχύτητα πληρώσεως τους μετά από πίεση ή σε τοποθέτηση σε κατωφερή θέση του άκρου μετά από τή διατήρησή του για λίγο σε άνάρροπη θέση, ή ύπαρξη φλεγμονωδών και εύάίσθητων θρομβωμένων φλεβών, από έπιπολής θρομβοφλεβίτιδα, σπάνια τέλος ή ύπαρξη αρύξεων ταυτόχρονων μέ τίς αρύξεις τών άρτηριών.

δ) Ή ύπαρξη διογκώσεως στή διαδρομή άγγείου, τής οποίας σημειώνονται: οι δ ι α σ τ ά σ ε ι ς και ο δ ο γ κ ο ς, ή άμφιβής έ ν τ ό π ι σ ή σε σχέση μέ τίς καμπτικές πτυχές, οι σχέσεις μέ τά ό σ τ á και τή διαδρομή τών μ ω ν, άν σ φ ύ ζ ε ι ή όχι, ή ύπαρξη δερματικής έ λ κ ώ σ ε ω ς, φλεγμονωδών σημείων ή κίρροειδών διατάξεων σε έπαφή.

ε) Τέλος ή παρουσία ή όχι μετεγχειρητικής ούλης στή διαδρομή ενός άγγείου ή σε άπόσταση άπ'αυτή.

Η ΨΗΛΑΦΗΣΗ. Ήπιτρέπει: τή διερεύνηση τών έπίσημων άγγειακών στελεχών, τήν έκτίμηση τυχόν άγγειακής διογκώσεως και τήν πληρωρότητα για τήν τροφικότητα του άκρου.

ΑΜΕΣΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΣΗΜΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ. Ή ψηλάφηση του σφυγμού από ζώνη σε ζώνη, σ υ γ κ ρ ι τ ι κ á, είναι δύσκολη αλλά πολύ χρήσιμη. Ή έξέταση πρέπει νά γίνεται κατά τρόπο συστηματικό και από κάτω προς τά πάνω. Ή έπιμήκης άξονας του χεριού πού διερευνά πρέπει νά είναι κάθετος στον έπιμήκη άξονα του άγγείου και ή θηλή του δείκτη και του μέσου ένωμένες.

Έτσι αναζητάται ο σφυγμός τής ρ α χ ι α ί α ς του άκρου ποδός στό πρώτο μεσόστεο διάστημα, τής ό π ί σ θ ι α ς κ ν ή μ ι α ί α ς



στην αύλακα πίσω από τό αφυρό, τής κ ν η μ ι α ί α ς μέ κεκαμένο τό γό-
νυ καί τά έξετάζοντα έκείτυλα κεκαμένα σά γάντζος στην ίγνυακή κοιλότητα,
τής μ η ρ ι α ί α ς σέ όλο τό μήκος τής διαδρομής της στή βουβωνική
περιοχή, τή λ α γ ό ν ι α πίσω κι έπάνω από τό βουβωνικό σύνδεσμο, τής
κ ο ι λ ι α κ η ς ά ο ρ τ η ς στην άμφαλική περιοχή, τής κ ε ρ κ ι δ ι -
κ η ς στην αύλακα τής κερκίδας, τής β ρ α χ ι ό ν ι α ς στην πτυχή του
άγκώνα, τής μ α σ χ α λ ι α ί α ς στή μασχαλιαία κοιλότητα, τών κ σ ρ ω -
τ ί ε ω ν στον τράχηλο μέσα από τό στερνοκλειδομαστοειδή καί τέλος τής
έπιπολής κ ρ ο τ α φ ι κ η ς στην προσωτιαία χώρα.

Όταν υπάρχει άμφιβολία για την ύπαρξη αρυγμού πρέπει ταυτόχρονα νά λαμ-
βάνεται καί ό κερκιδικός ώστε νά υπάρχει ή δυνατότητα έλέγχου καί συγκρί-
σεως.

Στήν ψηλάφηση μία έπιπολής, φυσιολογική, ύγιής άρτηρία, δίνει την αίσθη-
ση έ λ α σ τ ι κ ο ύ κορδονιού, λ ε ί ο υ, μέ τοίχωμα λ ί γ ο παχύ,
μ α λ θ α κ ό πού σ φ ύ ζ ε ι.

Σέ παθολογικές καταστάσεις:

α) 'Η έξωάνιση του περιφερικού αρυγμού σημαίνει θ ρ ό μ β ω σ η του
άρτηριακού στελέχους πιο πάνω. Τό κατώτερο όριό της παραμένει κλινικώς
άγνωστο, ένώ τό άνωτερο μπορεί νά αναζητηθεί προς τή ρίζα του μέλους
μέχρι τό σημείο όπου ό αρυγμός γίνεται πάλι ψηλαφητός.

β) 'Η έλάττωση τής έντάσεως του αρυγμού σημαίνει σ τ έ ν ω σ η του άρ-
τηριακού στελέχους προς τά κάτω ή σ π α σ μ ό τής άρτηρίας.

γ) 'Η παρουσία περιφερικού αρυγμού δέν άποκλείει την ύπαρξη καί τή διά-
γνωση άρτηριακής νόσου. Τά περιφερικά άρτηρίδια μπορεί νά έχουν άποφραχ-
θει.

Τό μέγεθος, ή σύσταση τών άρτηριών καί τό εύρος του αρυγμού είναι
σημαντικά στοιχεία πού πρέπει νά προσδιορίζονται. Μία παχυμένη σκληρή
άρτηρία σημαίνει συνήθως ά ρ τ η ρ ί τ ι δ α έ κ φ υ λ ι σ τ ι κ ή,
ένώ λεπτό άρτηριακό άγγείο, ί ν ώ δ ε ς, συσπασμένο, θ ρ ο μ β ο α γ γ ε ι -
ί τ ι δ α.

δ) 'Η άσυμμετρία του αρυγμού πού άφείλει νά αναζητηθεί, μαρτυράει έντο-
πιόμενη βλάβη ή υπερβολική από την πλευρά όπου έχει έλαττωθεί ό αρυγ-
μός.

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΜΙΑΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΟΓΚΩΣΕΩΣ. Πρέπει νά προσδιοριστεί ή έντόπι-
σή της σέ σχέση μέ τόν άγγειακό άξονα, ή σ ύ σ τ α σ η, σκληρή, έλαστι-
κή, ή κ ι ν η τ ι κ ό τ η τ ά της σέ σχέση μέ τόν έγκάρσιο καί τόν έπι-
μήκη άξονα του άγγείου, οι σχέσεις της μέ τά γ ε ι τ ο ν ι κ ά ό ρ γ α -
ν α, μύες, τένοντες, δέρμα, τυχόν συμφύσεις, ή ε ύ α ι σ θ η σ ί α της,
ένόδυνη ή έπώδυνη.



Αναζητούνται επίσης σημεία άμιγώς άγγειακά όπως:

διόγκωση πού σφύζει ταυτόχρονα με τον κερκιδικό αρτηγό κι έχει την ιδιότητα της διατάσεως σε κάθε αρτηγό, όποτε απομακρύνονται τά δάκτυλα πού την εξέτάζουν σε κάθε συστολή. Διόγκωση επίσης πού έχει φύσημα στην άκρόαση και δίνει την αίσθηση κύματος ψηλαφητού σαν τρεμούλιασμα. Πρόκειται για τον ροίζο του οποίου προσδιορίζεται η άκριβής έντόπιση στη μέγιστη έντασή του, η κατεύθυνση, η επίταση, η πρόοδος του προς τον άξονα του άκρου.

ΨΗΛΑΦΗΣΗ-ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΡΟΦΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΑΚΡΟΥ. Η θερμοκρασία του δέρματος προσδιορίζεται συγκριτικά με τη βοήθεια της ραχιαίας επιφάνειας του εξέταζοντος χεριού ή με τη βοήθεια θερμομετρικού συστήματος. Βρίσκεται πολύ χαμηλή σε έντονη ίσχαιμία.

Η τροφικότητα του δέρματος και του υποδορίου ιστού εκτιμάται με την άνεγερση αυτού σε πτυχή. Έτσι βρίσκεται ο υποδόριος ιστός ελαττωμένος, οι μύες σκληροί, ξυλώδεις, επώδυνοι.

Η ΑΚΡΟΑΣΗ των άρτηρών, με τη βοήθεια είδικού στηθοσκοπίου, ξύλινου πολύ συχνά, εκτελείται με χαμηλή πίεση, δέν δίνει παρά ένα ήχο βύθιο και μακρυνό. Όταν πιέζεται τό άγγείο μπορεί νά άκουστέι φύσημα, όχι παθολογικό, πού εξαφανίζεται όταν η πίεση στό άγγείο γίνει πιο μεγάλη.

α) Η άκρόαση μιας διογκώσεως στη διαδρομή άρτηρίας άφείλει νά προσδιορίσει την ύπαρξη ή όχι φύσηματος και τούς άκουστικούς χαρακτήρες του, όπως τό ρυθμό του, τη χροιά, την επίτασή του, τη μέγιστη ένταση των στοιχείων αυτών σε συγκεκριμένο σημείο καθώς και την προφανή επέκταση στό άγγειακό δίκτυο.

β) Η άκρόαση της καρδίας συμπληρώνει την εξέταση των άγγείων.

ΤΑΛΑΝΤΟΣΥΜΕΤΡΙΑ, Αυτή άποτελεί μέρος της κλινικής εξέτασης κι επιβεβαιώνει τά δεδομένα της ψηλάφησης του αρτηγού. Εκτελείται με τη βοήθεια του όργάνου του Rachtov, κι επιτρέπει νά μετρηθούν και νά συγκριθούν οι καμπύλες των ταλαντώσεων σε διάφορα επίπεδα των τεσσάρων άκρων και νά μελετηθούν οι γενικές παραλλαγές, πού επιτείνονται λίγο ύστερα από μπάνιο θερμό, ψυχρό ή έγχυση άγγειοσυσταλτικών φαρμάκων. Γενικά σημειώνονται οι ένδείξεις του ταλαντοσυμέτρου στη μέση άρτηριακή πίεση.

Η διαπλάτυνση της καταγραφομένης καμπύλης και η ελάττωση του ύψους της υποδεικνύουν στένωση του άρτηριακού στελέχους ή ύπερτονία αυτού, άν έχει ληφθεϊ μετά θερμό μπάνιο.

Καμπύλη άποπλατυσμένη σημαίνει άπόφραξη του κύριου στελέχους προς τά επάνω, και παλμούς πολύ ή λίγο τονισμένους των παράπλευρων κλάδων προς τά κάτω.

Τό άνώτερο όριο της κεντρικής άπόφραξης μπορεί νά προσδιοριστέι



ὅταν βρίσκονται ταλαντώσεις πλησιέστερες στο φυσιολογικό τοποθετώντας τὴν περιχειρίδα ἐπάνω ἀπὸ τὸ σημεῖο τῆς. Στὶς ἀποφράξεις τῶν λαγόνιων ἀρτηριῶν ἢ τῆς ἀορτῆς δὲν ὑπάρχουν ταλαντώσεις σιὰ κάτω ἄκρα. Ἀντίθετα στὶς περιφερικὲς ἀποφράξεις οἱ ταλαντώσεις μπορεῖ νὰ ὑφίστανται στὴν κνήμη, γιατί ἡ πρόσθια ἢ ὀπίσθια κνημιαία ἀρκοῦν νὰ τίς προκαλέσουν. Ἡ ταλαντωμετρία δὲν διερευνᾷ παρά μόνον τὸ κύριο ἀρτηριακὸ στέλεχος τοῦ ἄκρου, ἐνῶ δὲν δίνει καμιὰ πληροφορία αὐσιαστικὴ γιὰ τὴν παράπλευρη κυκλοφορία.

ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Ἡ ἀρτηριακὴ νόσος εἶναι γενικὴ καὶ πρέπει γι' αὐτὸ νὰ καταρτίζεται πλήρες ἐξεταστικὸ διάγραμμα πρὶν τεθεῖ ἡ πρόγνωση καὶ προταθεῖ μιὰ θεραπεία. Ἔτσι εἶναι ἀπαραίτητο νὰ μετρηθεῖ ἡ ἀρτηριακὴ πίεση, νὰ ἐκτιμηθεῖ ἡ κατάσταση τῶν στεφανιαίων μὲ τὸ ἠλεκτροκαρδιογράφημα, νὰ κριθεῖ ἡ κατάσταση τοῦ ἐγκεφάλου, ὁ βυθὸς τοῦ ὀφθαλμοῦ, ἡ λειτουργία τῶν νεφρῶν, ἡ ἐκτίμηση τῆς ἀζωδαίμιας. Νὰ συμπληρωθεῖ ὁ γενικὸς βιοχημικὸς καὶ ἐργαστηριακὸς ἔλεγχος, ὅπως σὺρία, σάκχαρο, χοληστερίνη, λιπίδια, ἠλεκτροφόρηση λευκωμάτων. Στόν τομέα τῆς αἰτιολογίας εἶναι σημαντικὸ νὰ ζητηθεῖ ἡ ἀντίδραση Bordeet - Wassermann, ἡ ἀρίθμηση τῶν ἐρυθρῶν, (ἐρυθραιμία), ὁ ἔλεγχος τῆς πηκτικότητος τοῦ αἵματος.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

1. Οἱ ἀκτινογραφίαι χωρὶς προετοιμασία τῶν ἄκρων, τῆς κοιλιάς, δείχνουν συχνά ἐναπόθεση ἀσβεστίου στοὺς χιτῶνες τῶν ἀρτηριῶν ἀλλὰ δὲν ἐπιτρέπουν κανένα συμπέρασμα γιὰ τὴ βατότητα τοῦ ἀγγείου.

2. Ἡ ἀρτηριογραφία πού γιὰ πρώτη φορά ἐκτελέστηκε τὸ 1929 ἀπὸ τὸν R. Dos Santos συνίσταται στὴν ἀγγειακὴ σκιαγράφηση μὲ τὴ βοήθεια ἐνὸς σκιαγραφικοῦ διαλύματος πού ἐγχέεται ἐνδάρτηριακῶς. Τὰ διαλύματα πού χρησιμοποιοῦνται σήμερα εἶναι σκευάσματα ὕδατοδιαλυτοῦ ἰωδίου, καὶ πρὶν τὴν ἐγχυση, λαμβάνεται ἡ πρόνοια τῆς δοκιμασίας εὐαισθησίας τοῦ ἐξεταζομένου στό ἰώδιο, μὲ ἐνδοδερμικὴ ἐγχυση ἐλάχιστης ποσότητος (δερμοαντίδραση).

Ἀ ν τ ε ν δ ε ἷ ξ ε ι ς: ἐπιβάλλεται νὰ ἀποκλειστεῖ ἡ ἀρτηριογραφία στὰ άτομα πού ἔχουν ἀγγειακὴ ἀστάθεια, μυοκαρδιακὴ ἢ νεφρική ἀνεπάρκεια, ἐξελικτικὲς ἐπιδεινώσεις τῆς ἀρτηριακῆς νόσου, θρόμβωση σὲ ἐξέλιξη καὶ ἐπαπειλούμενη γάγγραινα. Ὅταν μπαίνουν μὲ ἀκρίβεια οἱ ἐνδείξεις τῆς ἀρτηριογραφίας καὶ περικλείεται ἡ συστηματικὴ γενίκευσή τῆς, οἱ κίνδυνοι εἶναι μικροί.

Οἱ κίνδυνοι ἀπὸ τὴν ἀρτηριογραφία εἶναι τὰ περιφερειακὰ αἱματώματα, ἡ ρήξη τοῦ ἀγγείου, ἐπιπλοκὲς νεφρικὲς ἢ καρδιακὲς, θρόμβωση ἢ ἐπιδείνωση τῆς γάγγραινας, ἐπιπλοκὲς νευρολογικὲς ἀπὸ τὸ νηπιαῖο μωλό,



συχνά όριστικές (παρσπληγία).

Οι έπιπλοκές αυτές είναι σπάνιες, αλλά πρέπει νά είναι γνωστές σέ κάθε γιατρό γιά νά αποκλείεται έτσι κάθε άσκοπη εξέταση.

Τ ε χ ν ι κ ή: ή άρτηριογραφία έκτελεΐται μέ άμεση διαδερμική παρακέντηση τής άρτηρίας μέ είδική βελόνη. Ή έγχυση γίνεται είτε μέ σύριγγα είτε καλύτερα μέ τή βοήθεια είδικής συσκευής, πού έξασμαλίζει σταθερή έγχυση καί μεγάλη ταχύτητα. Οι άκτινογραφίες σέ σειρά λαμβάνονται μέ ύπολογισμό τής φυσιολογικής ταχύτητας διελεύσεως του σκιαγραφικού διαλύματος. Πράγματι τά σύγχρονα μηχανήματα έπι τρέπουν τή λήψη άκτινογραφιών σέ σειρά μέ μεγάλη ταχύτητα καί κατά τρόπο ώστε στην τελευταία άκτινογραφία νά σκιαγραφείται ό φλεβικός χρόνος τής κυκλοφορίας του φαρμάκου.

3. Ή άρτηριογραφία έκτελεΐται μέ δύο τεχνικές.

α) "Α μ ε σ η, από τήν άσφυϊκή όδό μέ γενική άναισθησία καί μία μακριά είδική βελόνα, πού κατευθύνεται στην άορτή καί μέσω τής όποίας έγχέεται μέ ίσχυρή πίεση τό σκιαγραφικό διάλυμα μέ είδική άντλία. Ή μέθοδος έπιτρέπει τή σκιαγράφιση του άξονα τής άορτής τών δύο κοινών λαγονίων σέ ένα φίλμ κατά μέτωπο αλλά καί τή μεσεντέρια σέ φίλμ πλάγιο.

β) Έμμεση, μέ τή μέθοδο του Seldinger, πού χρησιμοποιεΐται ευρύτατα σήμερα. Μετά από παρακέντηση τής μηριαίας άρτηρίας καθετηριάζεται πρώτα ή λαγόνια καί μετά ή άορτή παλίνδρομα καί ή έγχυση έκτελεΐται πλέον στό έπιθυμητό ύψος. Έκτελεΐται μέ τοπική άναισθησία καί οι κίνδυνοι έπιπλοκών είναι μικροί. Ή μέθοδος έπιτρέπει τή λήψη έ κ λ ε κ τ ι κ ω ν άρτηριογραφιών του άρτηριακού δικτύου πού δέν είναι προσπελάσιμο όπως ή κοιλιακή άρτηρία, οι νεφρικές, ή ήπατική, ή σπληνική ή μεσεντέρια. Ή μέθοδος είναι άδύνατη όταν ύφίσταται άρτηριακή άπόφραξη τών λαγονίων ή τής άορτής, κι επικίνδυνη στην περίπτωση ύπόφραξης άθροωματαωδών πλοαίων στό διχασμό τής άορτής.

"Άλλη έμμεση άρτηριογραφική μέθοδος, πού χρησιμοποιεΐται σέ είδικές περιπτώσεις καί βασικά γιά άλλους λόγους, είναι ή μέσω τής φλεβικής όδοϋ έγχυση σκιαγραφικού στις καρδιακές κοιλότητες, καί ή άπ' αυτές σκιαγράφιση τής θωρακικής καί κοιλιακής άορτής. Στην περίπτωση άνευρύσματος τής κοιλιακής άορτής είναι πρόσφορη, άφου κάθε άλλη είναι επικίνδυνη.

Οι άρτηριογραφίες άπαιτούν γιά τήν έρμηνεία τους έμπειρία καί προϋποθέτουν φυσικά τή γνώση τής φυσιολογικής κατανομής τών άγγείων, τόν κύριο καί τούς παράπλευρους κλάδους κ.λ.π.

Προσφέρουν επίσης άσύγκριτη άκρίβεια στην έκτίμηση τής διαμέτρου του άγγείου, τής όμαλότητας, του μεγέθους καί τής κατάστασης του αΐλου του (διακοπή, άπόφραξη, σπασμός). Έτσι προσδιορίζει τό επίπεδο τών άποφράξεων, τή κυκλοφοριακή κατάσταση, τή βατότητα τών φυσιολογικών παράπλευρων κλάδων, τήν άνσπληρωματική παράπλευρη κυκλοφορία, καί τέλος τή



φλεβική επαναφορά και την ταχύτητά της, σημαντική από διαγνωστικής πλευ-
ρας.

Σε περίπτωση ανευρύσματος ή αγγειακού όγκου ή αρτηριογραφία προσδι-
ορίζει έπακριβώς την έδρα, την μορφή και τον τύπο. Πληροφορεί επίσης για
την αξία της κυκλοφορίας προς τα κάτω, προς τα πάνω και για τη σπουδαιό-
τητα των παράπλευρων κλάδων που εκκλύονται από τον αγγειακό όγκο.



ΑΡΤΗΡΙΑΚΑ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΙΚΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΡΤΗΡΙΑΚΑ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΑ.

Κατά τόν Broca ὁ ὀρισμὸς εἶναι: ὄγκος γειᾶτος ἀπὸ ὑγρὸ αἷμα ἢ πιγμένο, πού ἐπικοινωνεῖ ἄμεσα μέ τόν αὐλό μιᾶς ἀρτηρίας καί πού ἀφορίζεται ἀπὸ μεμβράνη πού ὀνομάζεται σάκκος. Τό ἀρτηριακό ἀνεύρωμα μπορεῖ νά ἀναπτυχθεῖ σ' ὀλόκληρο τό ἀρτηριακό ἀγγειακό σύστημα, ἀλλά ἐδῶ ἀναφερόμεθα μόνο στά ἀνευρύσματα τῶν ὀφθαλμῶν, πού εἶναι καί τά πιό συχνά.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ.

Βασικά διακρίνονται δύο τύποι ἀνευρυσμάτων: τό αὐτόματο, καί τό μετατραυματικό.

Τό αὐτόματο ἀνεύρωμα ἀναπτύσσεται σέ μεγάλο ἀρτηριακό στέλεχος ἀπὸ νόσο τοῦ ἀρτηριακοῦ τοιχώματος, πού προσβάλλει ἰδιαίτερα τό μέσο χιτῶνα (μεσαρτηρίτιδα). Ἡ αἰτιολογία τῆς πιό συχνά εἶναι τό ἀθύρωμα, ἀλλά εἶναι κλασσικό νά ἐρευναῖται ἐπιπρόσθετα ἡ ὑπαρξη σύριλης ἢ νόσου τοῦ Osler σάν προδιαθετικοῦ παράγοντα.

Τό μετατραυματικό ἀνεύρωμα σχηματίζεται ὕστερα ἀπὸ τήν ὀργάνωση ἐγκυστωμένου αἱματώματος, πού προήλθε ἀπὸ τήν τραυματική ρήξη τοῦ τοιχώματος τῆς ἀρτηρίας. Ἀρχικά τό τοίχωμα τοῦ μελλοντικοῦ σάκκου εἶναι ἰσῶδες καί βραδύτερα ἐπενδύεται μέ ἐνδοθήλιο.

Παθολογική Ἀνατομία.

Τά ἀνευρύσματα γενικά εἶναι μονήρη, εἶναι ὅμως κλασσικό νά ἀναζητοῦνται κι ἄλλες ἐντοπίσεις μετά τήν ἀνακάλυψη ἐνός.

Μορφολογικά διακρίνονται δύο μεγάλοι τύποι: τό ἀτρακτοειδές, κατὰ κύριο λόγο μετατραυματικό, καί τό σακκοειδές, κυρίως αὐτόματο.

Στά αὐτόματα ἀνευρύσματα ὁ μέσος χιτῶνας ἔχει προσβληθεῖ περισσότερο, ὁ ἔξω χιτῶνας ἔχει στοιχεῖα ἐντονης ἢ ἀβληχροῦς φλεγμονῆς καί τό ἐνδοθήλιο εἶναι παχυμένο καί καλυμένο μέ πλάκες ὀσβεστίου. Στό μετατραυματικό ἀνεύρωμα δέν ὑπάρχει παρά ἕνας χιτῶνας συνδετικός πού ἐπενδύεται μέ ἐνδοθήλιο. Τό περιεχόμενο τοῦ ἀνευρυσματικοῦ σάκκου στό κέντρο ἀπαρτίζεται ἀπὸ ὑγρό αἷμα καί στήν περιφέρεια ἀπὸ θρομβοκύτταρα, λευκοκύτταρα, ὀργανωμένους ἢ ἐρυθροκύτταρα πρὸ πρόσφατος. Ἡ ἐξωτερική μεμβράνη τοῦ σάκκου εἶναι ολεγονιδής, παρεμποδίζει τήν



παράπλευρη κυκλωρορία, διηθεί τά γειτονικά στοιχεία τά όποια καί συμπί-
έζει.

Στά χρόνια άνευρύσματα ή μεμβράνη αύτή είναι πολύ παχιά, προκαλεί πιε-
στικά φαινόμενα, ένώ τό άνεύρυσμα έχει χάσει τή μαλαδικότητα καί τούς
άγγειακούς χαρακτήρες του.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

Μορφή άρτηριακού άνευρύσματος πρόσφατου τής ίγνυακής κοιλότητας.
'Ο πάσχων προσέρχεται προς έξέταση για λειτουργικά σημεία πού είναι:
π α ρ α ι σ θ η σ ί ε ς, ά λ γ η στην ίγνυακή κοιλότητα, δ υ σ κ ο λ ί α
στό βάδισμα, ο ί δ η μα νυκτερινό, καμιά φορά δ ι α λ ε ί π ο υ σ α
χ ω λ ό τ η τ α. Τά κλινικά στοιχεία αυτά έχουν βασικό χαρακτήρα τήν
μονόπλευρη έντόπιση. Κάποτε προσέρχεται για άλλα σημεία, όπως ή άποκά-
λυψη δ ι ο γ κ ώ σ ε ω ς στην ίγνυακή κοιλότητα, τ ρ ο φ ι κ έ ς δ ι α -
τ α ρ α χ έ ς του άφρου μ ο ν ό π λ ε υ ρ ε ς.

'Η κλινική εξέταση είναι συγκριτική.

Στήν έ π ι σ κ ό π η σ η, όπου τό άτομο είναι όρθιο μέ τήν κνήμη
τεταμένη, σημειώνεται μερική πληρότητα τής ίγνυακής κοιλότητας.

Μέ τήν ψ η λ ά φ η σ η (τό άτομο ξαπλωμένο, μέ τήν κνήμη σέ μερική
κάμψη) άποκαλύπτεται όγκος στό μέσο τής ίγνυακής κοιλότητας, ώσειδής,
μέ άκαθόριστα όρια, σχετικά κινητός κατά τόν έγκάρσιο άξονα καί μέ σύ-
σταση ύπόσκληρη.

Δύο σημεία είναι ούσιώδη: ή διόγκωση σ φ ύ ζ ε ι σύγχρονα μέ τό
αρρυθμό, καί κυρίως είναι δ ι α τ ά σ ι μ η, στοιχείο άκόμα πιο χαρακτη-
ριστικό. ('Ο δείκτης καί ό μέσος δάκτυλος του χεριού πού ψηλαφούν τή
διόγκωση άπομακρύνονται μεταξύ τους σέ κάθε συστολή).

Στήν ά κ ρ ό α σ η γίνεται άντιληπτό φ ύ σ η μ α, διαλεϊπον, συστολικό,
έντονο στόν αύχένα του άνευρύσματος μέ μερική επέκταση. 'Η πίεση κεν-
τρικά του άνευρύσματος έ ξ α φ α ν ί ζ ε ι τά σημεία αυτά, ένώ ή περιφε-
ρική τά έ π ι τ ε ί ν ε ι. Οι δύο αύτοί χειρισμοί είναι κλασσικοί, χωρίς
όμως νά είναι άπαλλαγμένοι από κινδύνους, γι' αυτό είναι καλύτερο νά
μήν άναζητούνται.

'Η διόγκωση του πρόσφατου άνευρύσματος είναι προφανής καί ή εκτί-
μηση τής κατάστασης έπιβάλλει τήν πλήρη τοπική καί γενική εξέταση.

Τ ο π ι κ ή κ λ ι ν ι κ ή έ ξ έ τ α σ η.

1. 'Ακριβής κλινική εξέταση τής τροφικής κατάστασης του άφρου: κατάσταση του δέρματος καί των μυών, θερμότητα, χρώμα, τροφικές διαταραχές.
2. 'Η εξέταση αύτή προσδιορίζει τήν κατάσταση τής κυκλωρορίας του άφρου: μελέτη συγκριτική του αρρυθμού, των ταλαντώσεων.

Μέ τήν εκτίμηση των στοιχείων αυτών μπορεί νά σχηματισθεί μία



Ιδέα για την παράπλευρη κυκλοφορία και τη βατότητα της κύριας αρτηριακής οδού. Η αρτηριογραφία θα κριτηθεί για δεύτερο χρόνο.

β) Η αρτηριογραφία με άψογη τεχνική, προσδιορίζει τη θέση του ανευρύσματος, σε σχέση με τον αρτηριακό άξονα, τη μορφή του, άτρακτοιδές, σακκοειδές, τό μέγεθος, πού συσχετιζόμενο με την κλινική έντύπωση, δίνει μία ιδέα για την περιανευρυσματική ένωση αντίδραση.

Πληροφορεί ακόμα τα παρακάτω:

1. Στο κύριο αρτηριακό στέλεχος: για την περιφερική βατότητά του ή όχι, την κατάσταση των τοιχωμάτων, πού μπορεί να είναι ανάμεσα, σπασμένα με άθροισματώδεις πλάγιες ή αντίθετα μαλακά, φυσιολογικά.
2. Στην παράπλευρη κυκλοφορία δίνει σαφή στοιχεία για τους κύριους παράπλευρους κλάδους, τη θέση τους σε σχέση με τό ανεύρυσμα, την ανάπτυξη αναπλασματικής παράπλευρης κυκλοφορίας, την ταχύτητα κυκλοφορίας και την επιστροφή στο φλεβικό σύστημα. Καμιά φορά επιτρέπει την πρόβλεψη επικείμενης επιπλοκής, όπως η ρήξη.

Γενική κλινική εξέταση.

Αυτή συμπληρώνει την τοπική και συμπεριλαμβάνει την αιτιολογική έρευνα: όρολογικές αντιδράσεις για τη σύφιλη, αναζήτηση άθροισματώδων άγγειακών βλαβών, μέτρηση της χοληστερίνης κ.λ.π. βυθοσκόπηση, ήλεκτροκαρδιογράφημα.

ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΤΗΣ ΙΓΝΥΑΚΗΣ ΧΡΟΝΙΟ.

Η κλινική εικόνα εδώ είναι πολύ διαφορετική. Ο άσθενής προσέρχεται για ό γ κ ο της ίγνυακής κοιλότητας, ί σ χ α ι μ ι κ έ ς διαταραχές, διαλείπουσα χωλότητα, σημεΐα πιεστικά τών φλεβών, οίδημα, κίρσοις, νευρικά φαινόμενα όπως πόνο, παραισθησίες. Όλα τά σημεΐα αυτά είναι έτερόπλευρα.

Η εξέταση αποκαλύπτει όγκο στην ίγνυακή κοιλότητα, σ κ λ η ρ ό, κ α θ η λ ω μέ ν ο, κακώς άφοριζόμενο, συμφομένο με τά γειτονικά ιστικά στοιχεία. Δέν έχει τούς άγγειακού ς χαρακτηρισμούς, όπως σφύξεις, διατασιμότητα, φύσημα. Συνοδεύεται αντίθετα με τραφικές διαταραχές: ύδραρθρο του γόνατος, μυατροφία, δέρμα Ξηρό, άπολεπιζόμενον, καμιά φορά με βουβωνική άδενσπάθεια. Πρόκειται για τη δύσκολη διάγνωση ενός όγκου της ίγνυακής κοιλότητας. Όπωσδήποτε, κάθε διόγκωση στη διαδρομή ενός άγγείου, πρέπει να θεωρείται ύποπτη για ανεύρυσμα. Κλινικώς πρέπει τότε να αποκλειστεί η κ ύ σ τ η ή τό ψ υ χ ρ ό ά π ό σ τ η μ α, όπως επίσης συμπαγής όγκος μυϊκός ή πιό συχνά νευρογενής. Τελικά η αρτηριογραφία θα δώσει τίς πιό



άξιόλογες και χρήσιμες πληροφορίες.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ. Χωρίς θεραπεία ή εξέλιξη του άνευρίσματος είναι αναντίρρητη. Τέσσερα είδη επιπλοκών μπορούν να απαντηθούν: η ρήξη, πιεστικά φαινόμενα, ή γάγγραινα, ή φλεγμονή.

Η ρήξη είναι δραματική και γίνεται στο δέρμα, οπότε προκαλείται αφοδρή έξωτερική αιμορραγία, στους ιστούς, οπότε προκαλεί τόσχηματισμό σφύζοντος αιματώματος, γένεσιουργού γάγγραινας από πίεση, στις αρθρώσεις και αυτό είναι σπάνιο, οπότε σχηματίζεται αιμαρροσφύζον, στις φλέβες, οπότε αναπτύσσεται δευτεροπαθές αρτηριοφλεβικό ανεύρυσμα.

Η γάγγραινα, πάντοτε ξηρή και περιφερική, πού μπορεί να προκληθεί με τρεις μηχανισμούς: τήν έμβολή, τήν έκτεταμένη θρόμβωση, τήν αρτηριακή ρήξη.

Η φλεγμονή είναι συχνά βραδεία. Όξεία, μπορεί να δώσει φλέγμονα της ίγνυακής κοιλότητας και πού η άνευρυσματική προέλευσή της μπορεί να υποπτεύεται με τή λήψη του αρυγιού και των ταλαντώσεων. Είναι υπερβολικό βέβαια, αλλά πρέπει να τονιστεί ότι δεν πρέπει να διανοίγεται χειρουργικώς.

Κλινικές μορφές. Σύμφωνα με τήν έντόπιση διακρίνονται: τά αρτηριακά άνευρύσματα της ίγνυακής κοιλότητας ύψηλά, εύκολης προσπέλασης, πού πιέζουν λίγο τήν παράπλευρη κυκλοφορία. Τά χαμηλά αρτηριακά άνευρύσματα της ίγνυακής κοιλότητας πού συμπιέζουν άγγεία και νεύρα συμπεριλαμβανοντας και τά παράπλευρα και πού προσπελάζονται δύσκολα.

Μεταξύ των άλλων άνευρυσμάτων των άκρων αναφέρονται τά άνευρύσματα επικίνδυνων περιοχών όπως: της κοινής μηριαίας, της μασχालιαίας, της οπίσθιας κνημιαίας, της κνημοπερονιαίας.

ΑΡΤΗΡΙΟΦΛΕΒΙΚΑ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΑ

Πρόκειται για παθολογική επικοινωνία μεταξύ αρτηρίας και φλέβας, πάντοτε σχεδόν τραυματικής αίτιολογίας.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ. Τά αρτηριοφλεβικά άνευρύσματα, αυτόματα ή συγγενή είναι σπάνια.

Τά μετατραυματικά αρτηριοφλεβικά άνευρύσματα έγκαθίστανται σε τρία στάδια:

1. Σχηματισμός αιματώματος μεταξύ αρτηρίας και φλέβας.
2. Όργάνωση του αιματώματος, και επένδυση της αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας με ένδοθήλιο.
3. Όλοκληρωση της επικοινωνίας και έκδήλωση όλων των



φυσιολογικῶν συμπεριεῶν.

Τύποι ἀνευρύσματος. Σύμφωνα μέ τόν Broca διακρίνεται:

1. Ἡ ἀπλή ἀρτηριαφλεβική ἐπικοινωνία, χωρίς ἤ μέ ἐνδιάμεσο πῆρο καί τοῦ ὁποίου διακρίνονται ποικίλοι τύποι, σύμφωνα μέ τό μέγεθός του.
2. Σύνθετο ἀνεύρυσμα, πού ἀνταποκρίνεται σέ διαστολή ἐνός ἤ δύο ἀγγείων, τήν παρεμβολή καί τό σχηματισμό διαμέσου σάνικου, στόν ὁποῖο ἐκστομώνονται περισσότερα τμήματα.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.

Τύπος περιγραφῆς: μετατραυματική ἀρτηριαφλεβική ἐπικοινωνία ἐπιπολής μηριαίων ἀγγείων.

ΣΗΜΕΙΑ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ. Λειτουργικά σημεῖα: ἄλλοτε λειτουργικές διαταραχές, ὅπως ἐύκολη κόπωση, βάρος, αἰμώδεις κράμπες τοῦ κάτω ἄκρου, καμιά φορά διαλείπουσα χωλότητα, οἰδηματῶν σφυρῶν, κίρσοί, τροφικές διαταραχές (μονόπλευρα σημεῖα).

Πιό σπάνια πρόκειται γιά γενικές διαταραχές, ὅπως δύσπνοια στήν προσπάθεια, αἰσθημαπαλμῶν πού ἐρμηνεύουν ἀνεξήγητη καρδιακή ἀνεπάρκεια σέ νέο ἄτομο καί πού δέν ὑπακούουν στή συντηρητική θεραπεία.

Φυσικά σημεῖα. Ὅρισμένα ἀπ'αυτά, ὅπως ἀναφέρθηκε, μποροῦν νά αἰτιολογήσουν τήν ἰατρική ἐξέταση ὅπως εἶναι: οἰδηματῶν, κίρσοί, τροφικές διαταραχές.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ. Ὁ ἐξεταζόμενος εἶναι ἐσπλωμένος σέ θέση ἥπτια. Στήν ἐπισκόπησιν σημειώνεται οἰδημα, μυϊκή ἀτροφία, ἡ ἀνάπτυξη κίρσων, καμιά φορά πού σφύζου, σημεῖα πού παρατηροῦνται φυσικά στό ἓνα μόνο ἄκρο.

Ἡ διάγνωση τοῦ ἀρτηριαφλεβικοῦ ἀνευρύσματος βασίζεται σέ δύο κατηγορίες σημείων:

α) Ὁ τραυματισμός στό ἀναμνηστικό καί ἡ οὐλή, καμιά φορά μικρή, σέ ἀπόσταση, γιά τήν ὁποία πρέπει νά ἀναπαράσταθεῖ ἡ διαδρομή τοῦ τραύματος σέ συσχέτιση μέ τήν πορεία τῶν ἀγγείων.

Ὅχι σπάνια ἡ ἀπλή ἀκτινογραφία ἀποδεικνύει τήν ὑπαρξη ξένου σώματος.

β) Τά κλινικά σημεῖα τοῦ ἀρτηριαφλεβικοῦ ἀνευρύσματος πού ἀποκαλύπτονται μέ τήν ψηλάφησιν. Κατά κανόνα δέν ὑπάρχει τοπική διόγκωση, ψηλαφᾶται ὄγκος μαλακός σφυγμός, διάχυτος, στήν περιοχή τοῦ τριγώνου τοῦ Scarpa, καθὼς καί ροῖζος, πού εἶναι τό πατωτικό σημεῖο, συνεχής, μέ συστολική ἐπίταση, πού μεταδίδεται περι-



φερικά. Ἡ ἀκρόαση δίνει τὸ δεύτερο πρωταρχικὸ σημεῖο: τὸ συ-
νεχές φύσημα, μέ συστολική ἐπίταση, συχνά έντονο πού ἐπεκτεί-
νεται πρὸς τὰ ἑπάνω. Ἡ συμπύεση τῆς ἀρτηριαφλεβικῆς ἐπικοινωνίας μέ
ἓνα ἀντικείμενο στενὸ καί μαλθακόν, ἐξαφανίζει τὸ ροῖζο καί
τὸ φύσημα καί αὐτὸ εἶναι τὸ σημεῖο τοῦ Tertier. Τὸ σημεῖο αὐτὸ εχει ἐπί-
σης ένδιαφέρον γιατί προσδιορίζει τὴν ἀκριβή θέση τῆς ἐπικοινωνίας.

Εἶναι οἰσιῶδες πάντοτε νά συμπληρῶνεται ὁ διπλὸς ταυτόχρονος ἀπο-
λογισμός, μετὰ τὴν ἐξαεκάλιση τῆς διαγνώσεως, τῆς τοπικῆς καί γενικῆς
κατάστασης.

Τοπικὴ ἐκτίμηση. Κλινικῶς: ἐκτίμηση τῆς τροφικῆς κατάστα-
σης τοῦ ἄκρου. Λήψη τῶν ἀρξέων καί τῶν ταλαντώσεων. Ἀρτηριογραφία σύμ-
φωνα μέ τὴ συνήθη τακτική. Μέ αὐτὴ προσδιορίζονται οἱ χαρακτι-
ρες τῆς ἐπικοινωνίας, ἡ έντόπιση, τὸ μέγεθος, ὁ τύ-
πος, ἡ ἀμεση ἀρτηριαφλεβικὴ ἐπικοινωνία ἢ ἐμμεση μέ τὴν παρεμβολή
ένδιάμεσου σάνκου. Ἐπίσης προσδιορίζει τὴν ἀξία τῆς περὶ πλευρῆς κυκλο-
φορίας, τὸ μέγεθος καί τὴ διάμετρο τῆς ἀρτηρίας περιφερικά. Πιὸ πρόσφατα
εχει προταθεῖ ἀκτινοκινηματογράφηση καί ἡ φλεβογραφία γιά νά διαχωριστεῖ
ἡ συμμετοχή τῆς ἀρτηρίας καί τῆς φλέβας.

Γενικὴ κατάσταση. Εἶναι οἰσιῶδες νά ἐκτιμηθεῖ ἡ κατάσταση
τῆς καρδίας: ταχυκαρδία, ψοήματα. Ἐπίσης νά ἐκτιμηθεῖ ὁ βαθμὸς τοῦ
ἀντικτύπου σ' αὐτὴ μέ τὴν πηλεακτινογραφία τῆς καρδίας καί τὸ ἠλεκτρο-
καρδιογράφημα.

ΕΞΕΛΙΞΗ. Κάθε ἀρτηριαφλεβικὸ ἀνεύρωσμα ἀφείλει νά χειρουργεῖται γιατί
δέν εχει καμία τάση γιά αὐτόματη ἴαση. Ἀναντίρρητα ἐξελίσσεται, σέ ἀντί-
θετη τακτική, πρὸς τίς ἐπιπλοκές.

Οἱ τοπικὲς ἐπιπλοκὲς εἶναι συχνές: τροφικὲς δια-
ταραχὲς τοῦ ἄκρου οἰδημα, κυάνωση, ἐλκώσεις,
διατάσεις τῶν φλεβῶν καί ρήξεις τῶν κίρσῶν
μποροῦν νά ἀπαντηθοῦν. Ἡ ρήξη τοῦ ἀνευρίσματος καί ἡ ἐμβολή
ἀντίθετα δέν εἶναι τόσο πιθανές. Πράγματι ἡ οὐσιώδης ἐπιπλο-
κὴ εἶναι γενικὴ καί αὐτὴ εἶναι ἡ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια,
μέγιστα τόσο πιὸ πρῶϊμη καί βαριά ὅσο τὸ ἀρτηριαφλεβικὸ ἀνεύ-
ρωμα εἶναι πιὸ πλησιέστερα πρὸς τὴν καρδία
καί πιὸ πλατιά ἡ ἐπικοινωνία ἀρτηρίας-φλέβας. Ἡ ἀνεπάρκεια αὐτὴ,
ἐκδηλούμενη μέ δύσπνοια στήν προσπάθεια καί ὑπο-
συστολία, ἐπιδρα καί ἐκδηλώνεται κυρίως ἀπὸ τὴ δεξιὰ καρ-
δία, ἐνῶ γρήγορα ἐγκαθίσταται ἡ πλήρης καρδιακὴ ἀνεπάρκεια. Οἱ δια-
ταραχὲς αὐτὲς τῆς καρδίας εἶναι ἀνατάξιμες μετὰ τὴν ἐγκαίρην χειρουργικὴ
θεραπεία τοῦ ἀνευρίσματος.



ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ. Τοπογραφικές μορφές. Στάδια: αρτηριοφλεβικό ανεύρυσμα της ίγνυακῆς, πού είναι πιό σοβαρό όταν έντοπίζεται στό κάτω μέρος τῆς ίγνυακῆς κοιλότητας, τῆς μασχά-
λ ι α ί α ς ἄ ρ τ η ρ ί α ς πού είναι σπάνιο, τῆς ιτιυχῆς τοῦ ἀγκώνα, τοῦ κολοβώματος τοῦ ἄκρου σέ ἀκρωτηριασμό, ὅπως π.χ. τοῦ μηροῦ.

Ἀπό τά ἀνευρύσματα τοῦ κορμοῦ: τό ἀνεύρυσμα τῆς καρωτί-
δ α ς μέ τήν ἔσω σφαγίτιδα καί πού οἱ ἐπιπτώσεις του στήν καρδιακή λει-
τουργία είναι π ρ ῶ ῖ μ ε ς. Ἐπίσης τό ἀνεύρυσμα καρωτίδ α ς -
κ ὀ λ π ῶ ν τοῦ κρανίου, πού δίνει ἐξώφθαλμο σφύζοντα,
ὀ φ θ α λ μ ο π λ η γ ί α καί ἡ πρόγνωση του είναι βαριά. Τέλος τά
ἀ ο ρ τ ο κ ο ι λ ι α κ ἄ ἀνευρύσματα στήν κοιλιά, στό θώρακα, πού
εἶναι σπάνια καί ταχέως θανατηφόρα.

Ἡ δ ι ἄ γ ν ω σ η δέν μπορεῖ νά τεθεῖ στήν πραγματικότητα παρά όταν
συνυπάρχουν ὄλα τά σημεῖα: προηγούμενος τραυματισμός,
ρ ο ῖ ζ ο ς, φύσημα, ἀρτηριογραφικά εὐρήματα.
Στό κλινικό στάδιο ἐν τούτοις μπορεῖ νά συζητηθεῖ: τό μετατραυ-
ματικό ἀρτηριακό ἀνεύρυσμα, πού ὅμως εἶναι σφύ-
ζον, καί κυρίως διατάσιμο στίς σφύξεις, τό τηλεαγγειεκτασικό σάρκωμα, πού
ὅμως εἶναι ὄγκος ὀστικός πού εὐκολα διαχωρίζεται στήν ἀγγειογραφία.

ΑΡΘΡΗΡΙΤΙΔΕΣ.

Νόσος τοῦ ἀρτηριακοῦ τοιχώματος ἡ ἀρτηρίτιδα μπορεῖ νά προσβάλλει
ὀλόκληρο τό ἀρτηριακό σύστημα. Περιγράφονται βασικά οἱ ἀρτηρίτιδες τῶν
ἄκρων, γιατί αὐτές ἀποτελοῦν τήν πλειονότητα τῶν περιπτώσεων.

Ἀπό αἰτιολογική ἀποψη διακρίνονται κλασσικά στίς ἐκφυλι-
σ τ ι κ ῆ ς ἀρτηριοπάθειες μέ ἐναπόθεση λιπιδίων καί ἀσβεστίου στό
ἀρτηριακό τοίχωμα καί στίς νεανικές θρομβοαγγειώσεις
τοῦ Leo Burger, στίς ὁποῖες ὀσπασμός καί ἡ λεπτότητα τοῦ ἀγγειακοῦ
συστήματος παίζουν πρωταρχικό ρόλο.

ΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΗ ΑΡΘΡΗΡΙΤΙΔΑ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ

Λαμβάνεται ὅαν τύπος περιγραφῆς ἡ ἀρτηρίτιδα τῶν κάτω ἄκρων,
γιατί εἶναι ἡ πιό συχνή. Ἐξελίσσεται σέ τρία στάδια: ἰ σ χ α ι μ ί α
σ τ ῆ ν π ρ ο σ π ᾶ θ ε ι α, ἰσχαμία σέ ἡρεμία, γάγγραινα.
1. Ἰ σ χ α ι μ ί α Π ρ ο σ π ᾶ θ ε ί α ς. Γιά μακρὸ χρονικό διάστημα
χωρίς ἐκδηλώσεις, ἐκφράζεται κλινικά μέ πολλούς τρόπους, ἀπὸ τοὺς ὁποί-
ους ὁ πιό κοινός εἶναι ἡ δ ι α λ ε ἰ π ο υ σ α χ ω λ ὀ τ η τ α. Αὐτή
ἐρμηνεύει ἰ σ χ α ι μ ί α κ α τ ᾶ τ ῆ ν κ ὀ π ω σ η, πού ὅταν ἐγκα-
τασταθεῖ ὡς σύμπτωμα δέν ἐξ α φ α ν ἰ ζ ε τ α ι π ο τ ῆ καί ἡ προ-
οδευτική ἐπιδείνωσή της μειώνει τήν ἀπόσταση πού διανύει βαδίζοντας
ὁ πόνων. Ἐντοπίζεται πιό συχνά στή γαστροκνημία, ἀλλά μπορεῖ κι ἄλ-



λου, όπως στη λεκάνη, τό γλουτό, τό πέλμα.

Οι πιό κοινοί χαρακτήρες της είναι ή έκδήλωσή της κατά τήν κόπωση και τήν προσπάθεια και ή έξακρίσής της όταν αυτές διακόπτονται.

Πιό σπάνια ή άρτηρίτιδα έκδηλώνεται μέ α ί σ θ η τ ι κ έ ς δ ι - α τ α ρ α χ έ ς, όπως είναι ή κ ρ υ α ι σ θ η σ ί α, οί κ ρ ά μ π ε ς, οί α ί μ ω δ ί ε ς, οί ν ε υ ρ α λ γ ί ε ς, στελεχιαϊες ή ριζιτικές, κατά τήν προσπάθεια, τήν κόπωση ή τό μεγάλο ψύχος.

2. Σ τ ή ν ί σ χ α ι μ ί α σ έ ή ρ ε μ ί α οί πόνοι κατά τήν κατάκλιση έκφράζουν τίς λειτουργικές διαταραχές. Είναι άνυπόφοροι, έντοπίζονται πολύ συχνά στόν άκρο πόδα και γρήγορα έχουν άπήχηση στη γενική κατάσταση του πάσχοντα.

3. Σ τ ό σ τ ά δ ι ο τ η ς γ ά γ γ ρ α ι ν α ς ή νόσος μπορεί νά έξελιχθεϊ σέ δύο μορφές, τ ή ν Ξ η ρ ή και τήν ύ γ ρ ή γ ά γ γ ρ α ι ν α.

Ή έναρξη είναι ταυτόσημη και στίς δύο: μιά έλκωση περιονυχική, ή όποία, στή συνέχεια ενός μικρού τραυματισμού, πού ξεχάστηκε, έξελίσσεται κατά τρόπο άβληχρό. Μία υπέρυθη φλύκταινα άνακαίνεται πού άφήνει στή θέση της υπόμαυρη, επώδυνη έλκωση και από εκεί ή έξέλιξη πλέον αυτής έπιτρέπεται νά διακριθοῦν οί δύο μορφές:

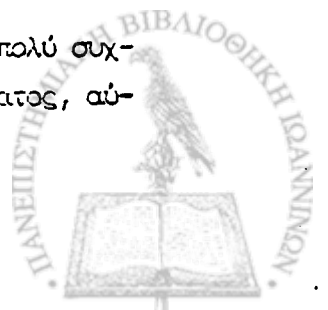
α) Ή Ξ η ρ ή γ ά γ γ ρ α ι ν α. Ή έ σ χ ά ρ α, είναι μαύρη και Ξ η ρ ή, σέ άρχικά στάδια έ π ώ δ υ ν η, και άφορίζεται μέ α ύ λ α κ α π ε ρ ι χ α ρ ά κ ω σ η ς από τά ύγιη μόρια. Ή άπόπτωσή της γίνεται βραδέα, τουλάχιστον όταν ή γάγγραινα δέν έκτείνεται σέ περισσότερα δάκτυλα ή όλόκληρο τόν άκρο πόδα κατά τρόπο υπερβολικό, πού έχει τότε άνάγκη επείγουσας χειρουργικής θεραπείας.

β) Ή ύ γ ρ ή γ ά γ γ ρ α ι ν α. Υφίσταται διπλή συμμετοχή σ' αυτή, ίσχειμική και οίδηματώδης (φλεγμονώδης). Τό δέρμα είναι θ ε ρ μ ό, τ ε τ α μ έ ν ο, σ τ ί λ β ε ι, δ ι η θ η μ έ ν ο, ύ π έ ρ υ θ ρ ο, τό ά κ ρ ο ο ί δ η μ α τ ῶ δ ε ς, ή νέκρωση επεκτείνεται γρήγορα στό πόδι κι έχει όσμη άηδής. Ή δευτεροπαθής έπιμόλυνση τῶν νεκρωμένων μαλακών μορίων έπιφέρει ταχεία έπιδείνωση τής γενικής κατάστασης από τή γενικότερη τοξική συμμετοχή. Ή χειρουργική επέμβαση έπιβάλλεται επειγόντως.

Αυτή είναι ή κλασική έξέλιξη τής νόσου. Χωρίς νά είναι προσευτική έξελίσσεται κατά ώσεις, γεγονός πού άποτελεϊ ιδιόμορφο χαρακτήρα της.

Σέ κάθε έπιδείνωση ή νόσος έξελίσσεται πρós τό έπόμενο στάδιο και δέν είναι σπάνιο, ένῶ ή νόσος είναι γενικά ήπια, νά παίρνει αίφνίδια ταχεία έξέλιξη, υπερπηδώντας ένα ή δύο έξελικτικά στάδια για νά έκδηλωθεϊ μέ έπίσημη γάγγραινα.

Ή άρτηρική έπιδείνωση άσειλεί νά διακρίνεται. Σφοδρή πολύ συχνά, μή άναμενόμενη, μειώνει στήν άρχή τήν άπόσταση του βασίσματος, αυ-



τόματα μετά υποχωρεί, αλλά χωρίς ποτέ νά επανέλθει στην προηγούμενη κατάσταση. Ἡ νόσος μοιάζει νά σταθεροποιεῖται γιά κάμποσο καιρό, μερικά χρόνια, μετά ἐπέρχεται μιά νέα κρίση, πού ἐξελιίσεται τελικά πρὸς τὴν ἰσχαιμία σέ ἀνάπαυση καί τὴ γάγγραινα. Ὁ ἀκρωτηριασμός τοῦ ἀκροῦ εἶναι συμπερασματικά ἢ πιό συχνή τελική ἀπόληξη, ὅταν δέν προκαλεῖται σπλαγχνική ἐπιπλοκή πού ὀδηγεῖ στό θάνατο.

Ἡ ὀξεία ἰσχαιμία εἶναι ἡ πιό βαριά ἀπό τίς κρίσεις. Σημαίνει θ ρ ὁ μ β ω σ η τῆς ἀρτηρίας καί ὀξεία διακοπή τῆς ἀρδεύσεως τοῦ ἀκροῦ. Τό ἄλλο εἶναι α ὕ τ ὁ μ α τ ο καί ἰ σ χ υ ρ ὁ, ἡ λ ε ι τ ο υ ρ γ ι κ ῆ ἁ δ υ ν α μ ί α τοῦ ἀκροῦ σαφῆς, αὐτό καθίσταται ψ υ χ ρ ὁ, π ε λ ι δ ν ὁ, ἁ ν α ἰ σ θ η τ ο. Δέν ψηλαφᾶται σ φ υ γ μ ὁ ς καί δέν ὑπάρχουν τολαντώσεις. Ἡ γάγγραινα εἶναι ταχεία ἐφόσον ἡ κατάλληλη θεραπεία δέν ἐπιτρέπει τὴν ἀποκατάσταση, πού εἶναι σχεδόν πάντοτε ἀτελής, γεγονός πού πρέπει νά σημειωθεῖ.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Ὅποιοδήποτε καί ἂν εἶναι τό ἀποκαλυπτικό κλινικό σημεῖο καί τό στάδιο τῆς ἰσχαιμίας, αὐτή πρέπει νά εἶναι πάντοτε πλήρης καί ἀποβλέπει στήν ἐκτίμηση τῆς ἀγγειώσεως καί τῆς τροφικότητας τοῦ ἀκροῦ.

1) Μ έ τ ῆ ν έ π ι σ κ ὀ π η σ η: τό χρῶμα τοῦ κάτω ἀκροῦ μελετᾶται συγκριτικά μέ τό ἄλλο καί μέ τὴ βοήθεια τῶν δοκιμασιῶν θέσεως καί πιέσεως μέ ἀντικειμεναφόρο πλάνια. Ἡ κατάσταση τοῦ δέρματος καί τῶν μυῶν ἐκτιμᾶται καί ἐλέγχεται λεπτομερειακά, ὅπως ἐπιβάλλεται κλασσικά νά γίνεται στήν ἐξέταση τῶν ἀρτηριῶν. Ἡ θερμοκρασία τοῦ δέρματος, συγκριτική πάντοτε, καί ἡ κατάσταση τῶν φλεβῶν, εἶναι οὐσιώδη στοιχεῖα γιά νά ἐκτιμηθοῦν.

2) Ἡ διερεύνηση τῆς κύριας κυκλοφορίας ἐλέγχεται σχολαστικά σ' ὅλα τά σημεῖα: μέ τὴ λήψη τοῦ αρυγμοῦ, πού μπορεῖ νά εἶναι ἐλαττωμένος ἢ νά ἔχει ἐξαφανιστεῖ, μέ τὴ λήψη τῶν τολαντώσεων, τῶν ὁποίων οἱ κομπύλες μπορεῖ νά εἶναι πολύ συχνά ἀποπλατυσμένες καί ἐλαττωμένες.

3) Γενικά ἐλέγχεται ὅλο τό ἀρτηριακό σύστημα, ἡ καρδία, οἱ νεφροί, τό μεσεντέριο, ὁ ἐγκέφαλος, ὁ βυθός τοῦ ὀφθαλμοῦ.

4) Δέν πρέπει νά παραλείπεται ἡ αἰτιολογική ἐρευνα: ἀναζητᾶται ἔτσι διαβήτης, δευτεροπαθῆς σφύριλη καρδιά, φράξη ρικετοσίωση ἢ καί τύφος.

5) Ἡ ἀρτηριογραφία, πού δίνει ἀκριβῆ εἰκόνα τῆς νόσου, πρέπει νά ἔχει σχολαστικά καθορισμένες ἐνδείξεις καθὼς ἐπίσης καί νά ἀπαφεύγεται ρητά αὐτὴ σέ παροξύνσεις ὕπως καί σέ γάγγραινα. Ἡ ἀρτηριογραφία ἐπιτρέπει τὴ διάγνωση τῆς ἐκφυλιστικῆς ἀρτηρίτιδας, στήν ὁποία οἱ ἀρτηρίες εἶναι ἀ ν ὠ μ α λ ε ς, ἁ κ α μ π τ ε ς, μέ ἀπότομη διακοπή σέ ὀρισμένες ζῶνες τους, καί εἶναι σημαντικό τό ὅτι προσδιορίζεται ἡ κάτω ἀπὸ αὐτές



άγγειωση. Τέλος επιτρέπει τήν άκριβή τοπογραφική διάγνωση τής νόσου, σημαντικό γεγονός από πρακτική έγχειρητική άποψη.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ

Άρτηρίτιδα του άνω άκρου. Είναι σπάνια. Έντοπίζεται συχνά στην υποκλείδια άρτηρία και μπορεί να εκδηλώνεται με διαλείπουσα χωλότητα του άνω άκρου με χαρακτηρισά έπαγγελματικό.

Άρτηρίτιδα του κάτω άκρου.

1. Διχασμός τής άορτῆς. ή άπόφραξη της συνιστά τό σύνδρομο του Leriche, πού όρισμένα σημεΐα του είναι χαρακτηριστικά όπως: έξαφάνιση τών σφύξεων στις λαγόνιες και μηριαΐες, ή έλλειψη στύσεων, ή άμφοτερόπλευρη διαλείπουσα χωλότητα με τήν παραμικρή κόπωση. Ή άορτογραφία προσδιορίζει τήν έντόπιση και τήν επέκταση τών βλαβών πέρα από τό διχασμό. Ή έξέλιξη μπορεί να είναι ταχεία προς τήν άμφοτερόπλευρη γάγγραινα, αλλά και προς τήν επέκταση τής θρόμβωσης μέχρι και τίς νεφρικές άρτηρίες.

2. Κοινη λαγόνια. Σε άπόφραξη κοινῆς λαγόνιας, τά σημεΐα είναι έτερόπλευρα: διαλείπουσα χωλότητα του κάτω άκρου, έξαφάνιση του σφυγμοῦ τής μηριαίας άρτηρίας. Ή άορτογραφία δείχνει τήν έντόπιση τής άπόφραξης και τούς δρόμους τής έπαναδιαβατότητας.

3. Έξω λαγόνια. Ή εικόνα είναι ταυτόσημη με τήν προηγούμενη, αλλά ή έσω λαγόνια είναι βαθή. Παρατηρείται μόνο διαλείπουσα χωλότητα στην γαστροκνημία. Ο σφυγμός τής μηριαίας έχει έξαφανιστεί.

4. Επιπολης μηριαία. Είναι ή πιο συνηθισμένη άπόφραξη: Έμφράζεται με διαλείπουσα χωλότητα τής γαστροκνημίας. Σφυγμός ψηλαφάται πάνω από τή μηροβουβωνική πτυχή, όχι όμως περιφερικότερα. Ή βουβωνική περιοχή (γλουτός κ.λ.π.) διατρέφεται από τήν έν τώ βάθει μηριαία πού διατηρείται άθικτη.

5. Ίγνυακή. Σπάνια μεμονωμένα άποφράσσεται. Προκαλεί βαριά ίσχαιμία και οδηγεί γρήγορα στη γάγγραινα. Ο σφυγμός είναι ψηλαφητός στη μηριαία.

6. Κνημιαΐες άρτηρίες. Κι αυτές σπάνια άποφράσσονται μεμονωμένα. Ή άπόφραξη τους συχνά επιδεινώνει άπόφραξη τής μηριαίας ή τής λαγόνιας.

7. Πελματιαΐες άρτηρίες. Πολύ συχνά ή τελική αυτή άρτηρίτιδα άπαντάει στους διαβητικούς. Συνυπάρχει γενικά με άποφράξεις πιο ψηλότερες και επιδεινώνει τελικά τήν προκαλούμενη άπ' αυτές ίσχαιμία.



ΘΡΟΜΒΟΑΓΓΕΙΩΣΗ

Πιό σ π ά ν ι ε ς, πιό π ρ ώ ῖ μ ε ς και πιό βαριές άπ'ότι οι έμφυλιστικές άρτηρίτιδες, οι θρομβοαγγειώσεις περιγράφηκαν άπό τον Leo Burger και άποτελούν πολύ είδικές παθολογοανατομικές και κλινικές όντότητες.

Άνατομικά ή βλάβη τών άρτηριών κυριαρχεί στά περιφερικά τμήματα τών άκρων. Η άρτηρία είναι πάντοτε λ ε π τ ή και σ κ λ η ρ ή όχι όμως ά κ α μ π τ η. Ιστολογικώς ύπάρχει π ά χ υ ν σ η του άρτηριακού τοι-χάματος μέ ά π ο φ ρ α κ τ ι κ ό π ο λ λ α π λ α σ ι α σ μ ό τ ο ὕ έ ν δ ο θ η λ ί ο υ, πού διηθεϊ ταχέως τούς τρεϊς χιτώνες. Πολύ πρόσφατα ο Wertheimer έπέμενε στον πιθανό συγγενή χαρακτήρα της γενικευμένης λεπτότητας τών περιφερικών άρτηριών, τών όποιών, ο πολλαπλασιασμός του ένδοθηλίου, δέν είναι παρά ή συνέπεια της άντιδράσεως στό ρεϋμα του αί-ματος, έξαιτίας του στενωμένου αύλβου τους. Η νόσος προσβάλλει νέους άνδρες, πριν άπό τά 50 χρόνια, κλασσικά μεγάλους καπνιστές. Ο φυλετι-κός και έθνογραφικός χαρακτήρας άφορά στους Ίσραηλιτες της Κεντρικής Εύρώπης και πού τώρα είναι συζητήσιμος. Ορισμένοι χαρακτήρες είναι ίδιοι για τή μορφή αύτή άρτηρίτιδας.

Έτσι ή έναρξη είναι σ ι ω π η λ ή, μέ π ρ ο ο δ ε υ τ ι κ ή εξέλιξη πού δύσκολα προσδιορίζεται, μέ ά λ γ η σ φ ο δ ρ ά και π ρ ώ ῖ μ α. Μετά γρήγορα έγκαθίσταται δ ι α λ ε ί π ο υ σ α χ ω λ ό τ η τ α και εξέλιξη σέ ά λ γ η κ α τ ά τ ή ν κ α τ ά κ λ ι σ η και τελικά γ ά γ γ ρ α ι ν α. Οι τροφικές διαταραχές συχνά είναι π ρ ώ ῖ μ ε ς, π ε ρ ι ο ρ ι σ μ έ ν ε ς όμως και χωρίς τάση για έ π έ κ τ α σ η.

Οι φλεβικές βλάβες παρατηρούνται συχνά, όπως φ λ ε β ί τ ι δ ε ς έ π ι π ο λ η ς του άνω και κάτω άκρου. Η προσβολή του άνω άκρου είναι χαρακτηριστική στην θρομβοαγγειώση. Οι βλάβες τών σπλάγχχνων είναι επί-σης σ υ χ ν έ ς, όπως σ τ ε φ α ν ι α ί α ν ό σ ο ς, έ γ κ ε φ α λ ι - κ ή ά ρ τ η ρ ί τ ι δ α.

Δύο έξετάσεις είναι χρήσιμες στην διάγνωση: ο άριθμός τών έρυθρών πού δείχνει συχνά πολυερυθραιμία, και ή άρτηριογραφία πού άποκαλύπτει τίς άρτηρίες λ ε π τ έ ς, σ υ ν ε σ π α σ μ έ ν ε ς, χ ω ρ ί ς σ τ έ ν ω σ η και μέ γρήγορη έ ξ α φ ά ν ι σ η της παρά π λ ε υ ρ η ς κ υ κ λ ο φ ο ρ ί α ς. Η εξέλιξη γίνεται ταχύτατα κατά ώσεις, προκα-λούσα άλληλοδιάδοχους άκρωτηριασμούς και τελικά ο θάνατος έπέρχεται σέ καχεξία, μέ τήν εύκαιρία ενός άκρωτηριασμού ή μιας άγγειακής αίτιο-λογίας σπλαγχχνικής έπιπλοκής.



Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Χ

ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΕΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΑΚΡΩΝ

Χαρακτηρίζεται από μεγάλη σφοδρότητα, πού θέτει σέ κίνδυνο τήν επιβίωση του άκρου και καμιά φορά αύτή τή ζωή. Τύπος περιγραφής ή άρτηριακή έμβολή του κάτω άκρου σέ πάσχοντα από στένωση τής μητροειδούς βαλβίδος.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

1. Ό π ό ν ο ς, πού είναι ά με σ ο ς, σ φ ο δ ρ ό ς, α ί φ ν ί δ ι ο ς, β α θ ύ ς, δ ι α ξ ι φ ι σ τ ι κ ό ς, κι έντοπίζεται πολύ συχνά στή γαστροκνημία ή στον άκρο πόδα. Είναι ό κλασσικός άρτηριακός " κωλικός του Fiolle ". Ό πόνος μπορεί μερικές φορές νά είναι άτυπος: περισσότερο π ρ ο ο δ ε υ τ ι κ ά έπιτεινόμενος, πολύ δ ι α κ ρ ι τ ι κ ό ς, σάν άπλή αίμωδία, πιά περιορισμένος, στον τασό π.χ.
2. Ή λ ε ι τ ο υ ρ γ ι κ ή ά ν ε π ά ρ κ ε ι α. Στήν τυπική της μορφή είναι ή ψ ε υ δ ο π α ρ ά λ υ σ η, και τό άκρο είναι π λ α δ α ρ ό, ά ν α ί σ θ η τ ο. Πιά ήπια, έκδηλώνεται μέ α ί μ ω δ ί α, μέ μυϊκή δ υ σ λ ε ι τ ο υ ρ γ ί α, μέ έπιπολής σχεδόν πλήρη ά ν α ι σ θ η σ ί α.

ΦΥΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

Έ π ι σ κ ό π η σ η: Τό κάτω άκρο είναι λ ε υ κ ό, π ε λ ι δ ν ό, ώ χ ρ ό. Ταχέως, σέ μερικές ώρες, γίνεται έλαφρώς ί ω δ ε ς, κ υ α ν ω τ ι κ ό, μέ λ ε υ κ έ ς κ η λ ί δ ε ς. Οί ίώδεις κηλίδες διαγράφουν κάτω από αυτές μερικές φορές ένα δίκτυο μαρμαροειδούς όλης. Οί φλέβες είναι ά δ ε ι α ν έ ς και β υ θ ι σ μ έ ν ε ς σά σέ αύλάκι. Ψ η λ ά φ η σ η: Τό άκρο είναι ψ υ χ ρ ό, π α γ ω μ έ ν ο, και ό άσθηνής διακατέχεται από τήν α ί σ θ η σ η έν τ ο ν ο υ ψ ύ χ ο υ ς. Πρέπει λεπτομερειανά νά προσδιοριστεί και νά σημειωθεί τό όριο τής ψυχρής ζώνης μέ δερμογραφικό μολύβι. Τό άκρο είναι ά ν α ί σ θ η τ ο και πολύ συχνά ύπάρχει έπιπολής άναισθησία συνοδευόμενη μέ λ ε ι τ ο υ ρ γ ι κ ή ά δ υ ν α μ ί α. Δέν πρέπει νά διαφεύγει ότι γρήγορα οί μυϊκές μάζες καθίστανται έ π ώ δ υ ν ε ς, γεγονός πού έρμηνεύεται από τήν ίσχειμία. Πρέπει έπειγόντως νά έπιβεβαιωθεί ή διάγνωση τής άρτηριακής έμβολής, νά προσδιοριστεί ή έντόπιση και νά καθοριστεί ή αίτία.

α) Έπιβεβαίωση τής άρτηριακής έμβολής. Ή διάγνωση είναι κλινική και άπαιτεί τήν τριάδα: π ό ν ο ς, λ ε ι τ ο υ ρ γ ι κ ή ά ν ε π ά ρ κ ε ι α, ώ χ ρ ό τ η τ α και ψ υ χ ρ ό τ η τ α τ ο υ ά κ ρ ο υ. Ή



ψηλάφηση τῶν ἀρύξεων ἐπιβεβαιώνει τὴν διακοπή τῆς ἀρτηριακῆς κυκλοφορίας: στή μριαία σέ ὄλη της τὴν διαδρομή, στήν κνημιαία, στήν ὀπίσθια κνημιαία καί στή ραχιαία τοῦ ἄκρου ποδός.

Ἡ ἀπώφραξη τῆς μριαίας εἶναι ἡ πιό συχνή, μέ ἐξαπάνιση τοῦ ἀρυγμοῦ σέ ὄλο τό ὑποκείμενο δίκτυό της. Ἡ ἀναζήτηση καί καταγραφή τῶν ταλαντώσεων συμπληρώνει τά δεδομένα τῆς ψηλάφησης τῶν ἀρτηριῶν: β) Προσδιορισμός τοῦ σημείου τῆς ἐμβολῆς. Λαμβάνεται ὑπόψη κλινικῶς: Ἡ ἐ ν τ ὀ π ι σ η τοῦ ἀρχικοῦ ἀλγους, ἡ ἔ κ τ α σ η τῆς ψυχρότητας τοῦ ἄκρου, τό ἐπίπεδο ἔ ξ α φ ἄ ν ι σ η ς τοῦ ἀρυγμοῦ καί ἡ συγκριτική μελέτη τῶν ταλαντοσυμετρικῶν εὐρημάτων.

Ὅλα τά σημεῖα αὐτά δίνουν μιά ἐκτίμηση κατά προσέγγιση, ἐνῶ ἡ πιό ἀκριβῆς διάγνωση τίθεται μόνο ἀρτηριογραφικῶς. Ἡ ἀρτηριογραφία δείχνει τὴν ἀπώφραξη τῆς ἀρτηρίας πού ἀρεῖλεται στό θρόμβο καί πού πολύ συχνά ἐντοπίζεται στό διχασμό μεγάλων ἀγγείων.

γ) Προσδιορισμός τῆς αἰτίας. Ἀναζητεῖται πρῖν ἀπὸ κάθε τι ἄλλο κ α ρ - δ ι ο π ἄ θ ε ι α: μέ τὴν ἀκρόαση τῆς καρδίας καί τό ἠλεκτροκαρδιογράφημα γιά τὴν ἀνεύρεση σ τ ἔ ν ω σ η ς τῆς μητροειδοῦς βαλβίδας. Ἀλλά ἀναζητεῖται ἐπίσης γ ε ν ι κ ε υ μ ἔ ν η ἄ θ υ ρ ω μ ἄ τ ω σ η ἐπὶ τῆς ὁποίας ἐπισυμβαίνει συχνά ἀρτηριακὴ θρόμβωση.

Ἡ συμπλήρωση τῆς κλινικῆς ἐκτίμησης μέ τὴ θεώρηση τῆς γενικῆς κατάστασης εἶναι σημαντικὴ. Συχνά αὐτὴ εἶναι ἐπηρεασμένη, ὁ ἀσθενὴς βρίσκεται σέ κατάσταση c h o c, ἄ φ υ δ α τ ω μ ἔ ν ο ς, ἄ γ ω ν ι ὤ - δ η ς, καί ἔχει ἀνάγκη ἀμεσης ἀνάληψης.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ

Στά κάτω ἄκρα καί σέ 80% τῶν περιπτώσεων περίπου ἡ ἐντόπιση ἀφορᾷ στή μ η ρ ι α ί α ἀρτηρία.

Στό ἄνω ἄκρο ἡ ἐντόπιση ἀφορᾷ στή μ α σ χ α λ ι α ί α καί στή β ρ α χ ι ὀ ν ι α.

Εἰδικά στήν ἐμβολή τοῦ διχασμοῦ τῆς ἀορτῆς (σύνδρομο Leriche) ὑφίσταται κατάσταση β α ρ ὕ τ α τ ο υ c h o c, ὡ χ ρ ὶ τ η τ α, κ υ ἄ - ν ω σ η, λ ε ι τ ο υ ρ γ ι κ ῆ ἄ δ υ ν α μ ί α τῶν κάτω ἄκρων, ἀνύπαρ- κτος ἀρυγμός στά κάτω ἄκρα.

Α ἰ τ ι ο λ ο γ ι κ ἔ ς μ ο ρ φ ἔ ς. Καρδιοπάθειες: σ τ ἔ ν ω σ η μ ι τ ρ ο ε ι δ ο ὦ ς, β α λ β ι δ ο τ ο μ ῆ τῆς μιτροειδοῦς, ἔ μ - φ ρ α γ μ α τοῦ μυοκαρδίου, ἐ ν δ ο κ α ρ δ ί τ ι δ α, μ υ ο κ α ρ δ ί - τ ι δ α. Πιό σπάνια, ἔ μ β ο λ ῆ σέ ἀθροματώδεις ἄλλοιώσεις ἀρτηρίας (τοιχωματικὸς θρόμβος), φ λ ε γ μ ο ν ὴ δ ε ι ς παθήσεις καί ἀκόμη πιό σπάνια φ λ ε β ί τ ι δ α ἡ ἄ ρ τ η ρ ι α κ ὸ ἄ ν ε ὕ ρ υ σ μ α.



ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Είναι δύσκολη και άφορά σε δύο παθήσεις, πού είναι:

- α) Ἡ ὀξεία ἀρτηριακή θρόμβωση, στην οποία ὁ θρόμβος σχηματίζεται ἐπὶ τόπου, εὐνοούμενος ἀπὸ προϋπάρχουσα ἀρτηριοπάθεια. Συνηγορεῖ ὑπὲρ τῆς θρόμβωσης κλινικῶς: ἡ πιὸ μεγάλη ἡλικία, 60 καὶ ἄνω χρονῶν, ἡ προϋπάρχουσα ἀρτηρίτιδα, ἡ ἀπουσία παθήσεων πού ἐπιπλέκονται μὲ θρόμβωση. Στὴν ἀρτηριογραφία ἡ διακοπή τῆς κυκλοφορίας εἶναι ἀνωμαλὴ καὶ προοδευτικὴ.
- β) Ὁ ἀρτηριακὸς σπασμὸς, ὁ ὁποῖος, σὲ καρδιοπαθὴ ἢ ὑπερτασικὸ, μπορεῖ νὰ εἴσῃ παρόμοια σημεῖα, ἀλλὰ πού ὑποχωρεῖ σὲ μερικές ἡμέρες αὐτόματα ἢ ὕστερα ἀπὸ θεραπεία.

ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΜΒΟΛΩΝ

Εἶναι πάντοτε σοβαρὴ καὶ δυνητικὰ τριπλῆ: ἡ ἀποκατάσταση στοῦ ἀκέραιου εἶναι σπάνια, ἀκόμα καὶ μὲ ἀριστὴν θεραπεία, πού ἔχει ἀφαρμοστεῖ πρὶν ἀπὸ τὴν παρέλευση ἑξήμερου.

Ἡ ὑποχώρηση μὲ ὑπολείμματα, εἶναι πιὸ συχνὴ σήμε-
ρα παρά τὴν ἐφαρμογὴ σύγχρονης θεραπείας. Τὰ ὑπολείμματα χαρακτηρί-
ζονται ἀπὸ χρόνια ἐπίσημη ἰσχαιμία: διαλείπουσα χωλότητα ποικίλης
ἐντασης, ἄλλοτε ἄλλη μυϊκὴ ἀτραφία καὶ καμιά φορά ἰσχαιμικὴ σύσπαση.
Ἡ γάγγραινα, πού εἶναι ἀκόμα καὶ σήμερα μιὰ συχνὴ ἐξέλιξη. Μὲ
τίς σύγχρονες θεραπείες αὐτὴ κατορθώνεται νὰ γίνῃ πιὸ περιφερικὴ, πιὸ
περιορισμένη καὶ νὰ ἀφορᾷ τελικὰ στὴν ἀπώλεια ἑνὸς ἢ δύο δακτύλων.

Ὅμως παρά τὴν ἄμεση θεραπεία στίς ἐκτεταμένες κεντρικὲς ἐμβολές
καὶ μὲ θρόμβωση πρὸς τὰ κάτω, ἡ γάγγραινα εἶναι ἐκτεταμένη, ἐπὶ ἢ ὑγρὴ
καὶ ὑποχρεώνει τὸν ἄρρωστο σὲ ἐπείγοντα ἀμφωτηριασμό.

ΘΡΟΜΒΟΦΛΕΒΙΤΙΔΕΣ - ΚΙΡΣΟΙ

Οἱ ἰδιοπαθεῖς κίρσοι τῶν κάτω ἄκρων χαρακτηρίζονται
ἀπὸ μόνιμη διάταση τῶν ἐπιπολῆς φλεβῶν, οἱ ὁποῖες συνοδεύονται
μὲ βλάβες ὄχι μόνον τοῦ τοιχώματός των ἀλλὰ καὶ τῶν βαλβίδων
τους. Οἱ βαλβίδες ἔχουν χάσει τὴν μαλακότητά τους καὶ γίνονται ἀνε-
παρκεῖς, ἰδιαίτερα ἡ βαλβίδα πού βρίσκεται στὴν ἐκβολὴ τῆς μεί-
ζονος σαφηνοῦς στὴ μηριαία. Εἶναι ἀξιοσημείωτο ὅτι οἱ βαλβίδες τοῦ στε-
λέχους τῶν σαφηνῶν δὲν προσβάλλονται μεμονωμένα σχεδὸν ποτέ, ἐνῶ εἶναι
ἀνεπαρκεῖς καὶ ἐκεῖνες τῶν ἀναστοματικῶν κλάδων.

1. Σέ φυσιολογικὴ κατάστασις: στὴ διάρκεια τῶν
μυϊκῶν συσπάσεων, τὸ φλεβικὸ αἷμα τῶν μυῶν διαφεύγει πρὸς τὸ φλεβικὸ
σύστημα τοῦ βᾶθους, ὀδηγούμενο πρὸς τὰ ἐκεῖ μὲ τίς βαλβίδες τῶν ἀνα-
στοματικῶν κλάδων. Στὴ διάρκεια τῆς χάλασης τῶν μυῶν, τὸ αἷμα τοῦ



έπιπολής φλεβικού δικτύου αναρραχᾶται πρὸς τὸ δίκτυο τοῦ ἐν τῷ βᾶδει.
Ἡ πίεση στὸ ἐπιπολής φλεβικὸ δίκτυο γίνεται μικρότερη ἀπ' ὅτι σὲ ἀνάπαυση.

2. Σὲ ἄτομα μέκιστος, στή μυϊκὴ προσπάθεια ἀναπτύσσεται ἄπὸτομα ἔντονη ὑπερπίεση, ψηλαφητὴ κοντὰ στὶς διασταυρώσεις. Τοῦτο συνεπάγεται δύο συνέπειες ἐπικίνδυνες:

α) Ὃταν τὸ ἄτομο ἐγείρεται στήν ὀρθία θέση μία ποσότητα αἵματος, ὄχι ἀμελητέα, " πέφτει μέσα στοὺς κισσοὺς " καὶ αὐτὴ ἢ " ἀπώλεια " ἀπὸ τὸ κυκλοφοροῦν αἷμα ἐπιβάλλει στήν καρδίαν πρόσθετο ἔργο.

β) Στή γαστροκνημία ἢ ἀφύσικη ὑδροστατικὴ πίεση πού κυριαρχεῖ στοὺς κισσοὺς εἶναι μεγαλύτερη ἀπὸ τὴν κολλοειδασμοτικὴ τοῦ αἵματος. Ἔτσι δημιουργεῖται πίεση διήθησης θετικῆ, πού ὁδηγεῖ πρὸς τὸν ὑποδόριο συνδετικὸ ἰστό ὅρὸ καὶ μία ποσότητα ἀξιοσημείωτη πρωτεϊνῶν.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Στὴν πλειονότητα τῶν περιπτώσεων ὁ ἀσθενὴς προσέρχεται γιὰ αἰσθημα βάρους, εὐκόλης κόπωσης τῶν κνημῶν, πού εἶναι πιὸ ἐκδηλὴ τὶς ἑσπερινὲς ὥρες ἢ μετὰ ἀπὸ κόπωση. Ἡ ἐμφάνιση τροφικῶν διαταραχῶν, καφεοειδῶν πλακῶν στὸ δέρμα τῆς ἐσω ἐπιφάνειας τῶν αὐρῶν, καὶ λίγο πιὸ πάνω, κνησμοῦ καὶ μερικὲς φορές μιᾶς μικρῆς ἔλκωσος, πού εἶναι πολὺ ἢ λίγο ἀτονῆ, εἶναι πολὺ συχνὲς τοπικὲς ἐκδηλώσεις. Πρέπει νὰ προσδιοριστεῖ μέ φροντίδα ἢ χρονολογία ἐμφάνισης τῶν διαταραχῶν σὲ σχέση μέ τὴν ἐμφάνιση τῶν κισσῶν. Οἱ τελευταῖοι πράγματι μπορεῖ νὰ εἶναι γνωστοὶ ἀπὸ πολλὰ χρόνια: παιδικὴ ἡλικία, ἐφηβικὴ ἡλικία, ἢ πρόσφατης ἐμφάνισης, χωρὶς εὐλόγη αἰτία, ἀλλὰ καὶ μετὰ ἀπὸ μιὰ γνωστὴ φλεβίτιδα τυφικὴ ἢ παρατυφικὴ, ὅπως καὶ σὲ μιὰ γυναῖκα μετὰ ἀπὸ μιὰ ἢ περισσότερες ἐγκυμοσύνες.

Ἡ φυσικὴ ἐξέταση ἐκτελεῖται μέ γυμνωμένο τὸ ἄτομο, ὀρθιο σὲ μιὰ χαμηλὴ καρέκλα. Ὁ ἐξεταστής κάθεται ἀπέναντι στὸν ἀσθενὴ καὶ σὲ πιὸ χαμηλότερη θέση.

ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΩΝ ΚΙΣΣΩΝ. Οἱ κισσοὶ ἐπισκοποῦνται στὸ ἄτομο ὀρθιο, ἀλλὰ κυρίως ψηλαφῶνται: πρόκειται καμιά φορά, καὶ αὐτὸ εἶναι ἀσυνήθιστο, γιὰ διογκώσεις ὑπόσκληρες. Πολὺ συχνὰ πρόκειται γιὰ διογκώσεις ὑποδόριες πού εὐκόλα συνθλίβονται στὸν ὑποδόριο ἰστό. Εἶναι ἀπαραίτητο νὰ υποβοηθεῖται ὁ ἐξεταστής στή διάρκεια τῆς ψηλάφησης ἀπὸ τὸ σημεῖο τοῦ S c h w a r t z: Τὰ δάκτυλα τοῦ ἑνὸς χεριοῦ ψηλαφοῦν εὐκόλα μιὰ ἄπὸτομη ὠθηση πού δίνεται μέ τὰ δάκτυλα τοῦ ἄλλου χεριοῦ πού σύρονται στή διατεταμένη φλεβικὴ ζώνη. Ἡ μετάδοση εἶναι πολὺ σαφὴς ἐκ τῶν ἄνω πρὸς τὰ κάτω καί, ὅπως εἶναι εὐνόητο, τὸ σημεῖο τοῦτο ὑποδηλώνει τὴν ἀνεπαρκείαν τῶν βαλβίδων.



Σημειώνονται επίσης τά ακόλουθα σημεία:

1) Ἡ κατάσταση τῶν ἐπιπολῆς φλεβικῶν στελεχῶν τοῦ κάτω ἄκρου:

Ἡ μ ε ί ζ ω ν σ α φ η ν ή ς ἀρχίζει ἀπὸ τὸ ἔσω αὐρό, ἀκολουθεῖ στὴν πρόσθια καὶ ἔσω ἐπιφάνεια τῆς κνήμης καὶ στὴ συνέχεια πορεύεται στὴν ἔσω ἐπιφάνεια τοῦ μηροῦ, καὶ τελειώνει ἕνα ἐγκάρσιο ἀντίχειρα πρὸς τὰ ἔσω ἀπὸ τὶς ἀρτίες τῆς ἐπιπολῆς μηριαίας ἀρτηρίας, στὴ βάση τοῦ τριγώνου τοῦ S c a r p a. Ἡ ἑ λ ά σ σ ω ν σ α φ η ν ή ς ἀρχίζει πτωσ ἀπὸ τὸ ἔξω αὐρό, ἀνέρχεται στὴ μέση γραμμὴ τῆς ὀπίσθιας ἐπιφάνειας τῆς γαστροκνημίας καὶ τελειώνει στὴν πτυχὴ τῆς καμπῆς τῆς ἰγνυοκῆς κοιλότητας. Ἡ φλέβα τοῦ Giacomini ἀναστομώνει τὴν ἐλάσσονα μὲ τὴ μείζονα σαφηνὴ φλέβα.

2) Ἡ ἀναζήτηση τῆς βαλβιδικῆς ἀνεπάρκειας τῆς μείζονος σαφηνῆς φλέβας γίνεται μὲ τὸν κλασσικὸ χειρισμὸ τοῦ T r e n d e l e n b u r g: ὁ ἀσθενὴς εἶναι κατακεκλιμένος ἥπτια καὶ τὸ κάτω ἄκρο ἀνασηκωμένο. Οἱ κίρσοί τότε ἀδειάζουν πολὺ γρήγορα. Τοποθετεῖται ἐλαστικὴ περίδεση στὴ ρίζα τοῦ μηροῦ καὶ παραγγέλεται στὸν ἔξεταζόμενον νὰ ἐγερθεῖ καὶ μείνει ὄρθιος. Ἀφαιρεῖται τότε ἡ περίδεση καὶ ὑπολογίζεται ὁ χρόνος πού παρέρχεται γιὰ τὴν πλήρωση τοῦ ἐπιπολῆς φλεβικοῦ δικτύου. Ἄν ἡ πλήρωση τοῦ στελέχους τῆς μείζονος σαφηνοῦς γίνεται σὲ λιγότερο ἀπὸ 30 sec., ἡ βαλβίδα στὴν ἐκβολὴ τῆς στῆς μηριαίας εἶναι ἔντονα ἀ ν ε π α ρ κ ή ς.

3) Ἡ διερεύνηση τῶν ἀνεπαρκῶν ἀναστομωτικῶν κλάδων:

α) Ἡ λεγόμενη μέθοδος τῶν δύο περιδέσεων. Ἀδειάζονται οἱ κίρσοι θέτοντας τὸν ἀσθενὴ σὲ κατάκλιση καὶ τὸ κάτω ἄκρο ἀνασηκωμένο. Ἐφαρμόζονται δύο περιδέσεις ἢ μία πρὸς τὸ πάνω καὶ ἡ ἄλλη πρὸς τὸ κάτω ἀπὸ τὴν ἔσθια τῶν κίρσων. Ἀνεγείρεται ὁ ἀσθενὴς ὄρθιος καὶ μελετᾶται ἡ ταχύτητα μὲ τὴν ὁποία γεμίζει τὸ δίκτυο τῶν κίρσων, στὴν περιοχὴ τὴν ἐπομονωμένη μεταξὺ τῶν δύο περιδέσεων.

β) Ἡ μέθοδος πού λέγεται τῶν δύο ἐ λ α σ τ ι κ ῶ ν ἐ π ι δ ἔ σ ε ω ν τοῦ E s m a r c h: Στὸν ἀσθενὴ, σὲ ἥπτια κατάκλιση καὶ μὲ ἀδειασμένους τοὺς κίρσους, ὕστερα ἀπὸ ἀνέγερση τοῦ ἄκρου, ἐφαρμόζεται μιὰ πρῶτὴ ἐλαστικὴ ἐ π ἰ δ ε σ η τοῦ ἄκρου ποδός μέχρι τὴν ρίζα τοῦ μέλους καὶ ἀφήνεται στὴ θέση τῆς. Ἡ δευτέρη ἐπίδεση ἐφαρμόζεται πάνω ἀπὸ τὴν πρῶτη, στὴ ρίζα τοῦ ἄκρου, χωρισμένη ἀπὸ αὐτὴ μὲ ἐνδιάμεσο κενό, ἀκάλυπτο δηλαδὴ ἀπὸ ἐπίδεση μῆκους 10 cm. Ἀφαιρεῖται στὴ συνέχεια ἡ δευτέρη ἐπίδεση ἐκ τῶν ἄνω πρὸς τὰ κάτω ταυτόχρονα μὲ τὴν πρῶτη ἐπίσης ἐκ τῶν ἄνω πρὸς τὰ κάτω. Μεταξὺ τῶν δύο ἐλαστικῶν ἐπιδέσεων πού ἀναφέρονται παραμένει ἔτσι πάντοτε ἕνα ἐνδιάμεσο 10 cm ἐλεύθερο. Οἱ κίρσοί σ' αὐτὴ τὴν ἐκταση δὲν ἐμφανίζονται παρά ἂν τροφοδοτοῦνται ἀπὸ τοὺς ἀναστομωτικούς κλάδους μὲ τὸ ἐν τῷ βῶθει φλεβικὸ δίκτυο, πού ἀπελευθεραινόνται



κατά τήν ἀφαίρεση τῶν δύο ἐπιδέσμων.

γ) Οἱ βασικοί διατιτραίνοντες (ἀναστομωτικοί) κλάδοι εἶναι τοποθετημένοι: Στό τρίγωνο τοῦ Scarpa, στόν πόρο τοῦ Hunter, κάτω ἀπό τόν ἔσω κνημιαῖο κόνδυλο.

Πρέπει ἀκόμα νά ἀναζητηθεῖ: ἀ ν ὡ μ α λ η ἐντόπιση τῶν κισσῶν, πού δέν πρέπει νά παραβλέπεται, ἰδιαίτερα στήν Ἐ ξ ω ἔ π ι φ ἄ ν ε ι α τῆς γαστροκνημίας, στήν ὀ π ί σ θ ι α τοῦ μηροῦ, στήν κοιλιακή καί ἠβι- κή χώρα, ὅπως καί ἡ ὑπαρξη ἀγγειωματωδῶν περιοχῶν.

Ἐλέγχεται ἐπίσης ἡ θ ε ρ μ ο κ ρ α σ ί α τοῦ δέρματος, ἀντίστοιχα στούς κισσοῦς, ἡ ὑπαρξη ρ ο ί ζ ο υ καί φουσήματος.

Σέ ἰδιαίτερα δύσκολες περιπτώσεις εἶναι χρήσιμο νά ἀναζητηθεῖ ἡ ἀκτινολογική (φ λ ε β ο γ ρ α φ ι κ ῆ) διερεύνηση πού θά ἐπιτρέψει νά προσδιοριστεῖ ἡ ἀ κ ε ρ α ι ὅ τ η τ α τοῦ ἐν τῷ βῶθει φλεβικοῦ δικτύου ὅπως καί ἡ ἀκριβής ἐντόπιση ὀριομένων ἀναστομωτικῶν κλάδων.

Ἐ κ τ ῖ μ η σ η τ ῆ ς τ ο π ι κ ῆ ς κ α τ ἄ σ τ α σ η ς: Μέ αὐτή ἐλέγχεται:

- 1) Ἡ τροφικότητα τοῦ δέρματος (κ υ τ τ α ρ ῖ τ ι δ α).
- 2) Ἡ κατάσταση τῶν ἄρτηριῶν, μέ τήν ἀναζήτηση τοῦ αρυγμοῦ: στή μηριαία, στήν ἰγνυακή, στήν πρόσθια καί ὀπίσθια κνημιαία, στή ραχιαία.
- 3) Ἡ δυναμική ὑπαρξη π λ α τ υ π ο δ ῖ α ς, ἄ ρ θ ρ ῖ τ ι δ α ς τοῦ γόνατος, τῶν αφυρῶν.
- 4) Ἐξετάζεται συστηματικά καί τό ἄλλο κάτω ὄμο, καί μετρεῖται τό μήκος τῶν μηρῶν καί τῶν κνημῶν, συγκριτικά πάντοτε.

Ἐ κ τ ῖ μ η σ η τ ῆ ς γ ε ν ι κ ῆ ς κ α τ ἄ σ τ α σ η ς: Μέ αὐτή ἐλέγχεται ὁ καρδιακός ρυθμός καί ἡ ἀκρόαση τῶν τόνων τῆς καρδίας, ἡ ἄρτηριακή πίεση, ἡ σακχαραιμία, καί τά λευκώματα τοῦ αἵματος.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Κ ι ρ σ ι κ ὸ ἔ λ κ ο ς: Ἐντοπιζόμενο στό ἔσω ἤ πιό πάνω ἀπό τό ἔσω αφυρό, εἶναι ὡ ο ε ι δ ῆ ς ἤ σ τ ρ ο γ γ υ λ ὸ, μέ χ ε ῖ λ η ὀ μ α - λ ἄ καί ὀ μ α λ ὸ π υ θ μ ῆ ν α. Γύρω ἀπό τό ἔλκος ὑφίσταται σ κ λ η - ρ ὸ ο ἴ δ η μ α, τό ὁποῖο κρύβει τοῦς κισσοῦς. Ἀπελπιστικά χ ρ ὶ ν ι ο, ἐκτός χειρουργικῆς, τό ἔλκος δ ι α ν ο ῖ γ ε τ α ι ἔ κ ν ἑ ο υ ὅταν ὁ ἀσθενής διακόπτει τήν πλήρη ἀνάπαυσή του στό κρεβάτι. Ἄλλες ἐπίσης τροφικές διαταραχές συνοδεύουν ἢ προηγοῦνται τοῦ κισσικοῦ ἔλκους:

α) Διάφορες διαταραχές τοῦ δέρματος ὅπως: κ ν η σ μ ὸ ς, δ ε ρ μ α - τ ῖ τ ι δ α π ε ρ ι ε λ κ ω τ ι κ ῆ, ἔ κ ζ ε μ α ξ η ρ ὸ ἢ ὑγρῶσον, συνοδευόμενο κατά κανόνα ἀπό σ τ ρ ε π τ ο κ ο κ κ ι κ ῆ ἔ π ι μ ὸ - λ υ ν σ η.

β) Τροφικές ἀλλοιώσεις τοῦ ὑποδερμίου ἰστοῦ: Κ υ τ τ α ρ ῖ τ ι δ α σ κ λ η ρ ο υ ν τ ι κ ῆ, κατά πλάκες πλατιές καί παχιές, ἔ π ὠ δ υ ν ε ς



καί σύστασης άρκετά ύπόσκληροϋ. Οί δ ήματα κυρίως νυκτερινά, μαλθακά. Όταν έπιπροστίθεται λεμφική απόφραξη, τό οίδημα γίνεται σκληρό καί δέν ύποχωρεϊ παρά άτελώς στή διαρκή άνάπαυση.

Έπιπλοκές φλεβικές.

1. Ή ρήξη τών φλεβών. Ή έξωτερική ρήξη, αίφνίδια καί άνώδυνη έκδηλώνεται μέ αίμορραγία μέ μεγάλη παροχή. Ύποχωρεϊ στήν ύπτια κατάκλιση καί τήν κνήμη άνασηκωμένη.

2. Ή άποφροστική έπιπολής θρομβοφλεβίτιδα. Ψηλαϊται τότε ένα κορδόνι σκληρό καί έπώδυνο, πολύ συχνά στήν έσω σακηνή. Τό δέρμα εΐναι θερμό καί έρυθρό. Οί κλασικές έπιπλοκές της εΐναι επέκταση πρós τά πάνω στή σακηνή μέ έπιπρόσθετη επέκταση στούς έν τώ βάθει φλεβικούς κλάδους καί τελικά τήν έμβολή.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ

ΟΙ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΚΙΡΣΟΙ. Οί κίρσοί χαρακτηρίζονται ως ίδιοπαθεΐς όταν ή εξέταση εΐναι άδύνατη νά έπισημάνει μία αίτιολογία, δηλαδή όταν δέν άνευρίσκειται ούτε προηγούμενη θρόμβωση τών έν τώ βάθει φλεβών ούτε συγγενής άνωμαλία του άγγειακού συστήματος. Τουτο σημαίνει ότι τό έν τώ βάθει φλεβικό δίκτυο πρέπει άπαραίτητα νά εΐναι άθικτο. Οί διαταραχές πού αναφέρονται από τόν άσθενή όπως καί οί τροφικές έπιπλοκές έχουν άποκλειστικά μηχανική προέλευση.

Πρόκειται για κίρσους πού ανακαίνονται στήν ηλικία του ένηλικου, σέ άτομα πού εργάζονται όρθια. Ή έδρα τών κίρσων εΐναι τυπική: μείζων σακηνής φλέβα, καμιά φορά έλάσσων σακηνής συνυπάρχουσα. Δέν υφίσταται άγγείωμα του δέρματος μέ τοπική αύξηση τής θερμότητας, αύστημα στήν άκρόαση, καί ροΐζο στήν ψηλάση. Στή μεγαλύτερη πλειονότητα τών περιπτώσεων ή επέμβαση στούς ίδιοπαθεΐς κίρσους μπορεί νά άποφασιστεί καί νά έκτελεστεί χωρίς τή βοήθεια φλεβογραφίας.

Συμπληρωματικοί κίρσοί από άγγειακή δυσπλασία: α) Ή κλινική θέτει τή διάγνωση τών όχι ίδιοπαθών κίρσων μέ τή διαπίστωση ενός ή περισσοτέρων από τά άκόλουθα σημεία: έμφάνιση από τήν παιδική ή τήν έφηβική ηλικία, τοπογραφική έντόπιση άσυνήθιστη, αύστηρά μόνόπλευρη, ύπαρξη δερματικών άγγειωματοειδών κηλίδων, παρακείμενων τών κίρσων, αύξηση τής τοπικής θερμότητας (θερμοί κίρσοί), ύπαρξη ροΐζου ή συστολικού αύστήματος, τροποποίηση του μήκους του άκρου, κυρίως υπετροφική έπιμύκηση.

Οί Klippel καί Trenaunay περιέγραψαν τή συμπωματική χαρακτηριστική τριάδα τών μη ίδιοπαθών κίρσων. Κίρσοί, ένα ή περισσότερα



δερματικά άγγειώματα και υπερτροφική έπιμύκηση του κάτω άκρου.

β) Η σκιαγράφιση τών άγγείων προσδιορίζει τή διάγνωση. Γιατί είναι απόλυτα αναγκαίο, πρίν από κάθε τι άλλο, να αναγνωρίζεται ή κατάσταση του έν τώ βάθει φλεβικού συστήματος. Οί πιό άκριβείς πληροφορίες προσφέρονται βέβαια μέ τή φλεβογραφία, αλλά καμιά φορά και από τό φλεβικό χρόνο μιās άρτηριογραφίας, όταν αυτή φυσικά ένδεικνυται να έκτελεστεί.

Η κατάσταση τών έν τώ βάθει φλεβών έπιτρέπει να διακριθούν:

1. Οί συμπτωματικοί κίρσοί από άγενεσία του έν τώ βάθει φλεβικού δικτύου. Έτσι οί άγενεσίες μηριαίας, λαγόνιας, μείζονος σαφηνούς φλεβών, άκολοθούνται από τήν ανάπτυξη, υπερτροφικών, γιγαντιαίων, υποδόριων φλεβικών κλάδων, οί όποιοι διαγράφουν κάτω από τόν όμφαλό άψίδα μέ τό κοίλο πρόσ τά κάτω.

2. Οί κίρσοί από συγγενή άρτηριοφλεβική έπικοινωνία. Οί άκτινολογικές έξετάσεις πρέπει να περιλαμβάνουν ταυτόχρονα άρτηριογραφία και φλεβογραφία. Κατά κανόνα οί φλεβικοί κλάδοι στό βάθος είναι έπαρκείς και βατοί. Η ταξινόμηση βασίζεται ούσιωδώς στόν άριθμό και τήν τοπογραφία τών άρτηριοφλεβικών έπικοινωνιών. Αύτες οί τελευταίες είναι αρκετά δύσκολο να αναφανούν στήν άρτηριογραφία, άφού πολύ συχνά έξαφανίζεται πρώϊμα τό σκιαγραφικό διάλυμα. Διακρίνονται έτσι:

α) Οί άρτηριοφλεβικές έπικοινωνίες πού λέγονται άλλοιως έπάλληλες, και στίς όποιες τά άναστομωτικά άγγεία, πού φέρουν σέ έπικοινωνία τό φλεβικό μέ τό άρτηριακό σύστημα, είναι όλιγάριθμα, σαφώς διακρινόμενα αλλά και άμεσα προσπελάσιμα χειρουργικώς.

β) Οί άρτηριοφλεβικές έπικοινωνίες τύπου άγγειωμάτων: οί έπικοινωνίες μεταξύ τών δύο συστημάτων γίνονται από πολυάριθμα μικρά άγγεία, πού συνιστούν ένα πραγματικό "άγγειακό σπόγγο". Η άγγειωμάτωση αυτή μπορεί να είναι έντοπισμένη και έπιπολης και ή ζώνη τών έπικοινωνιών να τροφοδοτείται από παράπλευρη άρτηρία του κύριου άγγειακού κλάδου του άκρου. Αύτός ό τύπος δυσπλασίας παραμένει προσπελάσιμος στήν άμεση χειρουργική. Μπορεί όμως να είναι διάχυτη, έν τώ βάθει έκτεταμένη, άνόμα και στους μύες, και όπου ή άμεση χειρουργική επέμβαση σ' αυτή δέν είναι πλέον δυνατή.

ΦΛΕΒΙΤΙΔΕΣ

Πρόκειται για τήν άπόφραξη ενός φλεβικού κλάδου από θρόμβο άγγειακό του όποίου διακρίνονται δύο τύποι: ό λευκός πού σμύεται μέ τά τοιχώματα τής φλέβας και πού σχηματίζεται από ίνικη,



αιμοπετάλια, έρυθρά αιμοσφαίρια, και λευκοκύτταρα και ό έρυθρός θρόμβος, πού είναι μαλακός και πρακτικά έλεύθερος μέσα στην φλέβα και πού συχνά έπικάθεται του λευκού. Ό έρυθρός αυτός θρόμβος μπορεί να μεταναστεύει προς την κάτω κοίλη φλέβα, την δεξιά καρδία, την πνευμονική άρτηρία.

Κλασσικά διακρίνονται:

Ή φλεβοθρόμβωση, όπου κυριαρχούν οι κίνδυνοι μεταναστεύσεως του θρόμβου, πού έλάχιστα συμπύεται με τά τοιχώματα της φλέβας. Οι κυκλοφοριακές διαταραχές πάνω άπ' αυτή είναι έλάχιστες.

Ή θρομβοφλεβίτιδα, όπου ό θρόμβος είναι καθηλωμένος και συμπύεται με τό τοίχωμα της φλέβας. Θεωρητικά υπάρχουν μικροί κίνδυνοι μεταναστεύσεως. Άντίθετα ή πρακτικά πλήρης απόφραξη της φλέβας προκαλεϊ έντονη περιφερική στάση.

Φαίνεται ότι αυτή ή διάκριση πρέπει να είναι έξαιρετικά προσεκτική, γιατί πράγματι άπό την άρχή μπορεί να συνυπάρχει θρόμβωση και φλεβίτιδα.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ. Στην μαιευτική συχνή αίτία είναι ή άποβολή και ό τοκετός, ένω στην χειρουργική οι μεγάλες κοιλιακές και πυελικές έπεμβάσεις. Φλεβίτιδες παρατηρούνται επίσης μετά άπό τραυματισμούς ίδίως κατάγματα, τά όποια άκινητοποιούνται με γύψο. Στην παθολογία μπορεί να συμβούν στίς μη άνατασσόμενες καρδιοπάθειες, στό έμφραγμα του μυοκαρδίου, στίς σφαιμίες, τυχρειαδική κ.λ.π.

ΚΛΙΝΙΚΗ. (Φλεβίτιδα των κάτω άκρων μετεγχειρητική ή μετά τοκετό).

Ή προαποφρακτική φάση. Καμιά φορά τό πρώτο σημείο φλεβίτιδας είναι ή πνευμονική έμβολή, με τη δραματική της κλινική εικόνα και τόν άφνίδιο θάνατο. Πολύ συχνά ή έναρξη είναι σιωπηλή και είναι ούσιώδες να γίνει πρώϊμα ή διάγνωση με βάση τά λειτουργικά και γενικά σημεία καθώς και τίς δοκιμασίες πηκτικότητας του αίματος.

α) Δειτουργικά σημεία στην γαστροκνημία: πόνο ς, βάρος, φευγαλαϊες κράμπες, άρθρα λγίες καιιά φορά με άγχο ς.

β) Γενικά σημεία. Μικρός πυρετός πού δέν περνάει τό 37,5 - 38° C, κυρίως ταχυκαρδία πού έπιταχύνεται άπό μέρα σε μέρα, προοδευτικά έπιταχυνόμενος σφυγμός (του Mahler) πού έχει μεγάλη διαγνωστική άξία. Έτσι παρατηρείται μία δυσαρμονία άποκαλυπτική μεταξύ σφυγμού και θερμοκρασίας.

γ) Ή εξέταση έκτελεϊται συγκριτικά και άναζητείται πάντοτε μία διακριτική ύψωση της θερμοκρασίας στην ύποπιτη περιοχή. Τά δύο πρώϊμα



σημεία τά πιό σημαντικά είναι:

Ό μονόπλευρος πόνος στην ήπια πίεση στην όπισθια επιφάνεια της γαστροκνημίας. Για να αναζητηθεί τό σημείο αυτό παραγγέλεται στόν άσθενή να κρατήσει τίς γαστροκνημίες χαλαρές, τή μιá κοντά στην άλλη, γεγονός πού επιτρέπει, μέ τή μικρή πίεση-ψηλάωση, να αναζητηθεί έπωδυνη σκληρύωση τών μυϊκών μαζών τής γαστροκνημίας.

Ό μονόπλευρος πόνος στή ραχιαία κάμψη του άκρου ποδός καί μέ τό κάτω άκρο τεντωμένο. Ό άρρωστος νοιώθει σαφή πόνος στή γαστροκνημία από τό πάσχον άκρο. Πρόκειται για τό σημείο του H o p a n s. (Σχ. 3!)

Είναι κεφαλαιώδες να εκτελεστούν οι ίδιες κλινικές έξετάσεις καί στο άλλο κάτω άκρο, γιατί είναι συχνό να πάσχουν καί τά δύο.

Έτσι ή αύξηση του ρυθμού τών σπύξεων, ό πόνος μέ τήν πίεση τής γαστροκνημίας καί τό σημείο του H o p a n s, άσκοούν για να αναληφθεί ή αντιπηκτική θεραπεία.

δ) Οι δοκιμασίες πηκτικότητας του αίματος: ό χρόνος πήξεως πού αναζητείται στους 37° C μέ τή βοήθεια δύο σωληναρίων αιμόλυσης μέ σιλικόνη. Η δοκιμασία είναι εύκολη στην εκτέλεση αλλά υπόκεινται σε πολλά αίτια σφάλματος. Ό χρόνος πήξης φυσιολογικά είναι μέχρι 12 min.

Ό έλεγχος πηκτικότητας σπριζεται ούσιωδώς στα ακόλουθα:

1. Τό χρόνο προθρομβίνης (χρόνος Quick) πού μελετάει τό χρόνο τής πήξης του αίματος. Ό φυσιολογικός είναι 100 τοίς 100.
2. Τή δοκιμασία άνοχης στην ήπαρίνη, πού μελετάει τό χρόνο πήξης του πλάσματος.

Οι παραπάνω μετρήσεις συγκρίνονται πάντοτε μέ αίμα μάρτυρα. Τά άποτελέσματα μπορούν να είναι έτσι σχηματικά: άν τό αίμα του έξεταζομένου πήζει πιό γρήγορα από ό,τι του μάρτυρα, τότε υπάρχει άπόλυτη ύπερπηκτικότητα, άν πήζει στις φυσιολογικές χρονικές στιγμές, αλλά μέ χρόνο προθρομβίνης κατώτερο από 50%, τότε πρόκειται για σχετική ύπερπηκτικότητα.

Η άποφρακτική περίοδος: Πρόκειται για τήν κλινική εικόνα τής phlegmatia alba dolens (λευκή έπώδυνη φλεγμονή). Αύτή παρατηρείται σπάνια σήμερα γιατί ή εξέλιξη είναι συχνά καλή μέ τήν αντιπηκτική έγωγή πού έκασομόζεται στο προηγούμενο στάδιο.

Λειτουργικά σημεία: Αύτόματα άλγη πού είναι άσκετά έντονα, άπόλυτη λειτουργική άνεπαρκεία.

Φυσικά σημεία: Τό οίδημα είναι τό πιό σημαντικό σύμπτωμα, είναι διάχυτο πού δίνει σ'όλο τό κάτω άκρο όλη κυλινδρική, λευκή, κηρώδη. Είναι σκληρό καί δέν

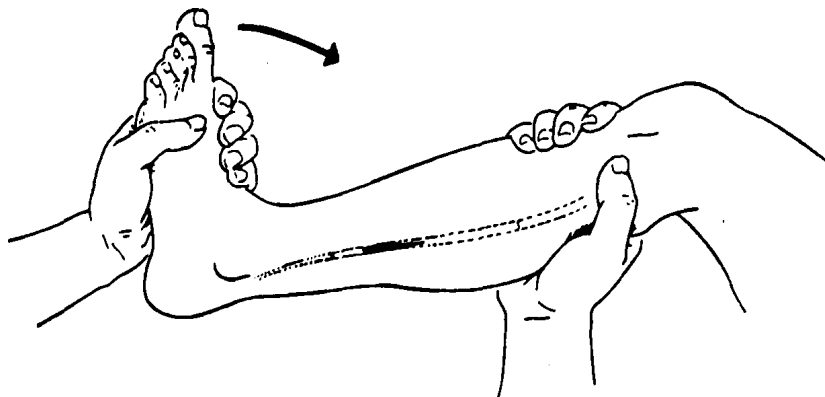


έμφανίζει έντύπωμα στην πίεση μέ τό δείκτη.

Ή ήπια ψηλάφηση δείχνει αύξηση τής τοπικῆς θερμοότητα, ὕδραρθρο τοῦ γόνατος, βουβωνική ἀδενοπάθεια. Καλύτερα συμφέρει νά μήν ἀναζητηθεῖ στήν ψηλάφηση τό ὑπόσκληρο κι ἐπίδουνο κορδόνι πού κλασσικά σχηματίζει ἡ θρομβωμένη μηριαία φλέβα. Εἶναι πολύ σημαντικό νά ἐξετάζεται ταυτόχρονα καί τό ἄλλο κάτω ὄμορο γιά τήν ἀναζήτηση μικρῶν σημείων σιωπηλῆς φλεβοδρόμωσης. Γενικά σημεία: Ὁ πυρετός ὑποχωρεῖ σέ μερικές ἡμέρες μέ τήν ἀντισηκτική θεραπεία.

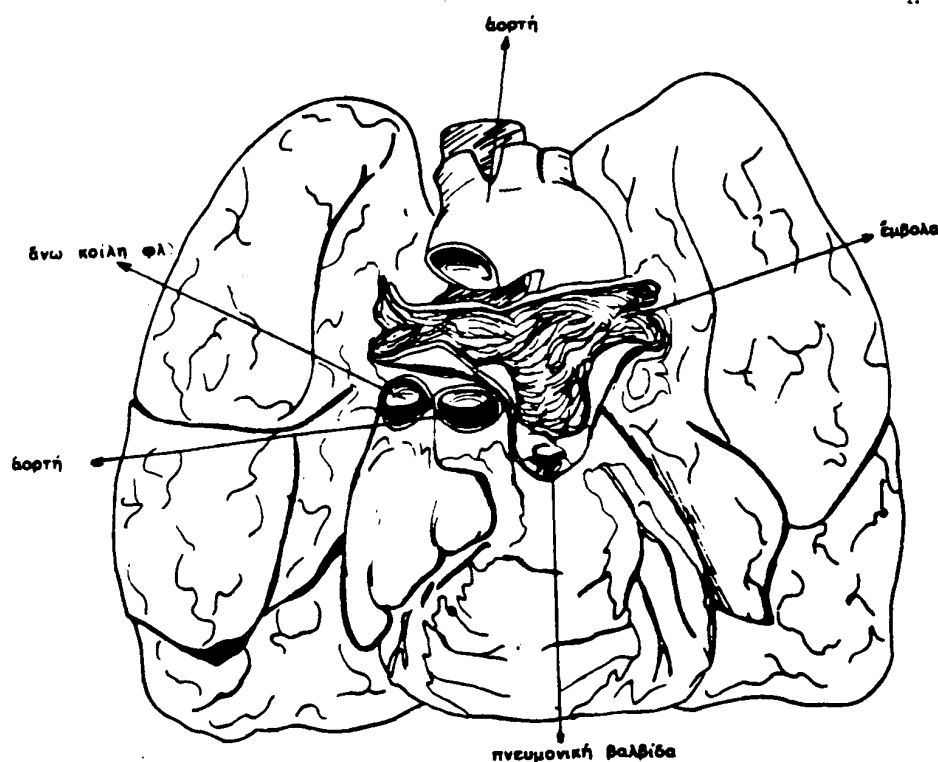
Ἡ ταχυκαρδία διατηρεῖται πολύ περισσότερο χρόνο. Ὁ καρδιακός ρυθμός εἶναι ἀσταθῆς. Μεγάλες ποικιλίες τοῦ ρυθμοῦ ἀναφαίνονται ἀπό τή μιὰ στιγμή στήν ἄλλη. Μερικές ἐργαστηριακές ἐξετάσεις ἀπλές, μποροῦν νά ἐκτελεστοῦν καί νά ἐπαναληφθοῦν ὅπως εἶναι ἡ ἀναζήτηση λευκωματουρίας, λευκοκυττάρωσης, καλλιέργειας τοῦ αἵματος, ἡ γενική αἵματος πού ἀκόμη μπορεῖ νά ἀκολουθηθεῖ ἀπό τό χρόνο πήξης, τή δοκιμασία ἀνοχῆς στήν ἡπαρίνη πού, μέ τήν εὐκαιρία, πρέπει νά διατηρεῖται στό διπλάσιό ἀπό τό φυσιολογικό, καί τέλος τό ποσοστό τῆς προθρομβίνης πού πρέπει νά κατέρχεται τοῦ 30% περίπου.

ΕΞΕΛΙΞΗ. Αὕτη εἶναι μακρόχρονη καί παρά τή σύγχρονη θεραπεία διακόπτεται μέ παροξύνσεις. Ἡ ἐπαγρύπνηση καί ἡ ἐντατική θεραπεία δέν πρέπει νά χαλαρώσουν τουλάχιστο στή διάρκεια τῶν τριῶν πρώτων ἐβδομαδῶν ἀπό τήν ἐπάνοδο τοῦ αἰμοῦ στό φυσιολογικό. Τό οἴδημα ὑποχωρεῖ πάρα πολύ βραδέα.



Σχ. 21. Σημεῖο τοῦ Homan's.





Σχ. 32 Μασική έμβολή πνευμονικής αρτηρίας .

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Α. Όρισμένες από αυτές απειλούν τή ζωή.

1) Κυρίως οι πνευμονικές έμβολές. Στή μορφή της μέ μέτρια ένταση ή πνευμονική έμβολή δίνει τήν κλασσική εικόνα του έμφράκτου του Iaënnec.

α) 'Η έναρξη εΐναι ακοδρή και σημειώνεται μέ: έ π ώ δ υ ν ο π λ ε υ ρ ι κ ό σ η μ ε ι ο, τόσο ίσχυρό, άστε νά καλύπτει τήν άναπνοή, δ ύ σ π ν ο ι α πολύ άγωνιώδη μέ π ο λ ύ π ν ο ι α και ό ρ θ ό π ν ο ι α, άμεση α ύ ξ η σ η τής σ υ χ ν ό τ η τ α ς του σ φ υ γ μ ο υ και έλαφρά τροποποίηση τής άρτηριακής πίεσης. Πρέπει νά άναληθεΐ έ π ε ι γ ο υ σ α θεραπεία και νά έκτελεστεΐ ήλεκτροκαρδιογράφημα και άκτινογραφία θώρακα στήν κλίνη χωρίς νά μετακινηθεΐ ό ά σ θ ε ν ή ς. Τό ήλεκτροκαρδιογράφημα δείχνει διαταραχές τής δεξιάς καρδιάς, τήν ύπαρξη ενός κύματος S στήν πρώτη άπαγωγή, ενός κύματος Q στήν τρίτη άπαγωγή και τήν άπουσία κύματος Q στήν AVF. (έκ. 32)

β) Στή διάρκεια των 24 - 36 πρώτων ώρων χάση στή συντηρητική θεραπεία οι έκδηλώσεις μειώνονται, αλλά ό σπυγμός παραμένει ταχύς,



ό π υ ρ ε τ ό ς ανέρχεται στά 38,5 C περίπου καί στήν άκόοαση άνευρίσκονται σημεΐα π ύ κ ν ω σ η ς, όταν ή έστία εΐναι σημαντική. Άκτινολογικώς άναζητᾶται ή κλασσική τ ρ ι γ ω ν ι κ ή εΐκόνα μέ ταυτόχρονη αντίδραση από τόν ύπεζωμότα.

γ) Μετά τίς 36 ὤρες άναφαίνεται ή χαρακτηριστική άπόχρεμψη πού περιέχει α ί μ ό φ υ ρ τ α πτύελα, μικρά, κ ο λ λ ώ δ η, ύ π ό μ α υ ρ α.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ

α) Ύπάρχουν μορφές ίδιαίτερα βαριές, σ υ γ κ ο π τ ι κ έ ς, μέ άμεσο θάνατο, ύπεροξεΐες, όπου ή μόνη έλπίδα παραμένει ή έγχείρηση του Trendelenburg (άφαίρεση χειρουργική του έμβόλου στήν πνευμονική άρτηρία). Σήμερα αΰτή ή επέμβαση άφείλει νά έκτελεΐται μέ έξωσματική κυκλοφορία, κατά τό μέτρο του δυνατού, μετά από έπείγουσα άγγειοκαρδιογραφία, πού έπιβεβαιώνει τή διάγνωση.

β) Άντίθετα ύπάρχουν ήπιες, λ α ν θ ά ν ο υ σ ε ς, μορφές, όπου ή διάγνωση εΐναι πιθανή, μέ βάση τά σημεΐα: ά γ ω ν ί α, π λ ε υ ρ ο - δ ο υ ν ί α, πού παρομοιάζεται μέ πλευρίτιδα καί μετά τίς 36 ὤρες από α ί μ ό φ υ ρ τ α πτύελα.

γ) Μερικές μορφές ά τ υ π ε ς, οί λεγόμενες ά σ υ σ τ ο λ ι κ έ ς, ο ί δ η μ α τ ώ δ ε ι ς.

δ) Τέλος ύποτροπιά ζ ο υ σ ε ς μορφές, πού μπορούν νά θέσουν πρόβλημα φλεβικής άπολίωσης τής σαφηνούς, τής μηριαίας, άκόμη καί τής κάτω κοίλης φλέβας. Αΰτή ή άπολίωση έχει σαν άποτέλεσμα νά έμποδΐζει τή μετανάστευση τών έμβόλων πρός τά πάνω από τήν έστία τής θρομβωμένης φλέβας.

Ή επέκταση τής φλεβίτιδας στό αντίθετο πλευρό, στίς λαγόνιες καί στήν κάτω κοίλη φλέβα καί ή έμφάνιση άρτηριακῶν διαταραχῶν άποτελοΰν έπίσης σοβαρές έπιπλοκές.

Β. Τά ύπολειμματα εΐναι σ υ χ ν ά καί πολύ έντονα, όταν ό άσθενής έχει έξετασθεΐ καί χειρουργηθεΐ στό στάδιο τής λευκής έπίδουνης φλεγμονής.

Τά άλγη: εΐτε άπλές παραισθησίες, κ ρ ά μ π ε ς πού έμποδΐζουν τό βάδισμα, ν ε υ ρ α λ γ ί ε ς άπειλητικές μέ ν υ κ τ ε - ρ ι ν ο ύ ς παροξυσμούς.

Τά οίδηματα: τῶν σφυρῶν, άπογευματινά ή έμφανιζόμενα στό βάδισμα, εΐναι πρακτικά σταθερά. Μερικές φορές πρόκειται για χρόνια οίδημα πολύ σημαντικό πού δημιουργεΐ ὄψη έ λ ε - φ α ν τ ι α σ ι κ ή στό κάτω άκρο.

Οί τροφικές διαταραχές μπορούν νά άφοροΰν στό δέρμα: πού εΐναι ψ υ χ ρ ό, μέ βλάβες τών ό ν ύ χ ω ν καί τών έ ξ α ρ -



τη μά των του δέρματος και καιιά φορά έ λ κ ώ σ ε ι ς, τόν ύποδό-
ριο ιστό κ υ τ τ α ρ ί τ ι δ α, τίς φλέβες με τ α φ λ ε β ι τ ι κ ο ί
κ ι ρ σ ο ί, μ υ α τ ρ ο φ ί ε ς μέ ρ ι κ ν ώ σ ε ι ς καιιά φορά τών
μυών πού παραμορφώνουν τόν άκρο πόδα.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΤΩΝ ΦΛΕΒΙΤΙΔΩΝ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ

Σύμφωνα μέ τή συμπτωματολογία: Πρέπει νά έπιμείνει κανένας στις μορ-
φές συνυπάρχουσες μέ αρτηριακές διαταραχές. 'Η έναρξη στις μορφές αυ-
τές είναι συχνά ά π ό τ ο μ η, ψ ε υ δ ο ε μ β ο λ ι κ ή. Τό δέρμα
είναι σ τ ι λ π ν ό. 'Υπάρχει έ λ ά τ τ ω σ η ή έ ξ α φ ά ν ι σ η του
σφυμού και τών ταλαντώσεων και σέ όρισμένες περιπτώσεις μπορεί νά
άναπτυχθεϊ περιφερική γ ά γ γ ρ α ι ν α.

Σύμφωνα μέ τήν τοπογραφία: 'Η θρομβοκλεβίτιδα τής γαστροκνημίας έχει
συμπτωματολογία γνωστή, πολύ συχνή στις καρδιοπάθειες, κυρίως εάν αυ-
τές έχουν θεραπευθεϊ μέ δοκτυλίτιδα. Οί θρομβοκλεβίτιδες τής μηριαίας
ή του δίχασμού τής κνημιαίας προκαλούν είτε εικόνα λευκής επώδυνης
φλεγμονής είτε τής κυανής επώδυνης φλεγμονής μέ έκτεταμένες υποκύανες
ή ίώδεις πλάκες. Ο ί ά μ φ ο τ ε ρ ό π λ ε υ ρ ε ς θρομβοκλεβίτιδες,
πεταλοειδεϊς μετά άπό κατάληψη τής συμβολής τών κοινών λαγονίων και
οί άλληλοδιάδοχες.

'Η φλεβίτιδα τών ύπογαστρίων φλεβών (πυελική φλεβίτιδα), πού χαρα-
κτηρίζεται άπό ο ρ δ η μ α σ τήν ρίζα του άκρου, του π ε ρ ι ν α ί ο υ,
του α ί δ ο ί ο υ, δ υ σ ο υ ρ ί α, π ό ν ο και μονόπλευρη σκληρία
στήν κοιλιακή εξέταση. 'Η φλεβίτιδα τής κάτω κοίλης φλέβας ούσιαστικά
άφείλεται σέ έπινέμεση αυτής άπό τή θρόμβωση τών κάτω άκρων. 'Η έπινέ-
μεση διευκολύνεται άπό τήν παλαιότερη θεραπευτική τακτική, όπως ή πα-
ρατεταμένη άκίνησία πού δέν έφασιμόζεται πλέον.

Στό πρώτο στάδιο ή θρόμβωση τής κοίλης είναι συχνά σιωπηλή και
άναμφίβολα άρκετά συχνή. Στό πιο άσύνηδες στάδιο τής θρομβοκλεβίτιδας,
τά λειτουργικά σημεία είναι: ά λ γ η ό σ φ υ ο κ ο ι λ ι α κ ά,
δ ι α τ α ρ α χ έ ς τής ά φ ό δ ε υ σ η ς και τής ο ύ ρ η σ η ς.
Τά φυσικά σημεία είναι: ο ρ δ η μ α ά μ φ ο τ έ ρ ω ν τ ω ν κ ά τ ω
ά κ ρ ω ν, πού όταν παρατηρεϊται πρέπει νά θεωρεϊται ύποπτη ή θρόμβω-
ση τής κάτω κοίλης, ο ρ δ η μ α τ ο υ κ ο ι λ ι α κ ο υ τ ο ι χ ώ
μ α τ ο ς και τής ό σ φ υ ι κ ή ς χ ώ ρ α ς, οίδημα τών γ ε ν ν η -
τ ι κ ω ν ό ρ γ ά ν ω ν.

Στήν εξέλιξη: τό οίδημα ύποχωρεϊ σέ μερικές ήμέρες, και άναπτύσσεται
πολύ σημαντική παράπλευρη κυκλοαορία άπό τήν πύελο πός τό θώρακα.
'Ε π ι π λ ο κ έ ς. Βέβαια ύκρίσταται ό κίνδυνος έμβολής κυρίως άνω
τής επέκτασης τής θρόμβωσης στις νεφρικές φλέβες. 'Από τά πιο σηματο-



κά σημεῖα αὐτῆς τῆς επέκτασης εἶναι ἡ ἐμκάνιση ἔντονης λευκω-
ματοῦρι-ας, ὅπως καὶ ὁ κίνδυνος τῆς ἀνοῦρι-ας. Ἡ ταχύ-
τητα ροῆς τοῦ αἵματος στὶς φλέβες αὐτές κάνει ἀδύνατη τὴ σκιαγράφηση
μέ παλινδρόμο καθετηριασμό. Μέχρι στιγμῆς τὸ πρόβλημα τῆς σκιαγράφησης
τῶν νεφρικῶν φλεβῶν ἔχει ἐπιλυθεῖ μέ τὴ μέθοδο τοῦ Gillot: Εἰσάγεται
καθετήρας στήν κάτω κοίλη φλέβα, ὀπλισμένος μέ δύο ἀσκούς, ἀπὸ τοὺς
ὁποίους ὁ ἓνας φουσκώνει πάνω ἀπὸ τὴν ἐκβολή τῶν νεφρικῶν φλεβῶν καὶ
ὁ ἄλλος ἀπὸ κάτω. Ἡ ἐγχυση σκιαγραφικοῦ πραγματοποιεῖται ἀπὸ τὰ τμήματα
τοῦ καθετήρα πού βρίσκονται μεταξύ τῶν δύο ἀσκῶν ἀπέναντι ἀπὸ τὴν ἐκ-
βολή τῶν νεφρικῶν φλεβῶν. Ἡ μέθοδος ἔχει ἰδιαίτερο ἐνδιαφέρον γιὰ τὴ
διάγνωση τῆς θρόμβωσης τῶν νεφρικῶν φλεβῶν (σύνδρομο νεφρωτικό) ὅπως
καὶ τοῦ καρκίνου τοῦ νεφροῦ.

Τέλος ἀναφέρεται ὅτι οἱ φλεβίτιδες τῶν ἄνω ὀριων αὐτές εἶναι σ π ἄ-
ν ἰ ε ς.



Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Χ Ι

ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

1. ΣΥΝΔΡΟΜΟ Malloxy - Weiss

Τό 1929 οί Malloxy καί Weiss περιέγραψαν έπιμήκεις ρωγμώδεις βλάβες στίς πτυχές του βλεννογόνου τής καρδίας καί του κατώτερου οίσοφαγού πού συνοδεύονται μέ α ί μ ο ρ ρ α γ ί ε ς από τόν άνωτερο πεπτικό σωλήνα καί προκαλούνται στή διάρκεια ά φ θ ο ν ω ν έ μ ε τ ω ν. Τό σύνδρομο σημειώθηκε πρώτη φορά από τόν Quinqué τό 1879. Τέτοιες βλάβες πιά συχνά έντοπίζονται στήν άνωτερη περιοχή του έλάσσονος τόξου του στομάχου, είναι έπιμήκεις, συχνά μεμονωμένες, μήκους 2 - 8 cm. καί πλάτους 2 μέχρι 3 m.m. Σέ ποσοστό 10% περίπου επεκτείνονται καί στό βλεννογόνο του οίσοφαγού, κατά προτίμηση όταν αυτός είναι άλλοιωμένος από οόσοαγίτιδα. Ή αίμορραγία ένδηλώνεται μέ τή μορφή α ί μ α τ ε μ έ σ ε ω ν ή μ ε λ α ί ν ω ν κενύσεων, παρατεινόμενων, έξαιτίας τής μικτής προέλευσης τής αίμορραγίας, άσθηριακής καί φλεβικής.

2. " ΑΥΤΟΜΑΤΕΣ ΡΗΞΕΙΣ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ ".

Μέ τόν όρο αυτόματες ρήξεις του οίσοφαγού χαρακτηρίζονται κατά κανόνα αυτές πού άφορούν σ'όλόκληρο συχνά τό πάχος του τοιχώματός του καί πού δέν άφείλονται σέ έξωγενή βλαπτικά αίτια. Στήν πλειονότητα των περιπτώσεων πρόκειται γιά βλάβες από μηχανική έπιβάουση πού προκαλείται από ά κ α τ ά σ χ ε τ ο υ ς έ μ ε τ ο ύ ς ή άλλης αίτιολογίας α ύ ξ η σ η τής ένδοκοιλιακής πίέσεως.

Στήν πλειονότητα των περιπτώσεων αυτόματης ρήξης ή κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από ύπεροξεία συμπτωματολογία, πού πολλές φορές ένδηλώνεται στή διάρκεια άκόμη των έμετων. Οί έμετοί συχνά άφείλονται σέ διαιτητικές καταχρήσεις στή διάρκεια των όποιων ένλύεται συχνά διαξιφιστικό έπιγαστρικό καθώς καί όπισθοστερνικό άλγος. Οί έμετοί πολλές φορές συνεχίζονται καί μετά τήν ένδήλωσή τους, περιέχουν πολλά ί χ ν η α ί μ α τ ο ς, κάποτε παίρνουν τήν μορφή α ί μ α τ έ μ ε σ η ς βραχείας διάρκειας, πού άφείλεται στήν αίμορραγία από τήν διάσχιση των τοιχωμάτων του κατώτερου οίσοφαγού. Ή άρρωστος γρήγορα καταβάλλεται, ά γ ω ν ι ά, έχει ταχυκαρδία, έμμανίζει ώχροτητα, βρίσκειται σέ καθιστική θέση μέ άναδιπλωμένα τά γόνα-



τα πρὸς τὴν κοιλιά, προσπαθώντας ἔτσι μὲ τὸ ἐνστικτο νὰ παρεμποδίσει τὴν παλινδρόμηση γαστρικοῦ περιεχομένου καὶ τὴν ἐκχυση στό μεσοθωράκιο μέσα ἀπὸ τὴν οἰσοφαγική ρήξη γαστρικοῦ ὑγροῦ, ἐνῶ ταυτόχρονα ἐπιδιώκει μὲ αὐτὸ νὰ ἐλαττώσει τὸ ἄλγος. Ἐντονο αἰσθημα δίψας τὸν ταλαιπωρεῖ, ἐνῶ καὶ ἡ ἐλάχιστη ποσότητα ὑγροῦ ποῦ παίρνει ἀπὸ τὸ στόμα, προκαλεῖ ἄμεση καὶ ἀνυπόφορη ἐξαρση τοῦ ἄλγους. Ὑψηλὸς πυρετὸς καὶ γενικὴ τοξικὴ κατάσταση ἐγκαθίστανται πολὺ γρήγορα. Ὁ μεσοθωρακικός ὑπεζωκώτας διασχίζεται κάποτε μαζί μὲ τὸν οἰσοφάγο ὁπότε πολὺ γρήγορα ἐγκαθίσταται πνευμοθώρακας. Πιὸ συχνὰ ὅμως παθαίνει ρήξη στὶς ἐπόμενες ἡμέρες, ἀπὸ πεπτικὴ διάβρωση, ποῦ ἀφίεται στὴ δράση τοῦ γαστρικοῦ ὑγροῦ ποῦ χύθηκε μέσα στό μεσοθωράκιο. Ὅταν δὲν ἔχει διασχιστεῖ ἀμέσως ὁ ὑπεζωκώτας ἀναπτύσσεται ἐμφύσημα τοῦ μεσοθωρακίου, ὁρατὸ στὶς ἀκτινογραφίες ὅταν παίρνονται τὴν πρώτη ἡμέρα. Ὑποδόριο ἐμφύσημα στὸν τραχήλο ἐμφανίζεται δύο ἢ τρεῖς ἡμέρες ὕστερα ἀπὸ τὴν ρήξη. Στὴν παρακέντηση τοῦ θώρακα ἀνευρίσκονται κοινὰ στοιχεῖα τοῦ περιεχομένου ὑδροθώρακα καὶ ἐμεσμάτων, καθὼς καὶ κυανοῦ τοῦ μεθυλενίου ὅταν χορηγεῖται ἀπὸ τὸ στόμα καὶ ὑπάρχει ἐπίσημη ἐπικοινωνία τοῦ οἰσοφάγου καὶ τῆς ὑπεζωκοτικῆς κοιλότητος. Ἡ σημειολογία αὐτὴ ἀνταποκρίνεται πολὺ συχνὰ σὲ μονήρη, ἐπιμήκη (3-10 σπ.) ρήξη τοῦ κατώτερου οἰσοφάγου στό ἀριστερὸ προσθιοπλαγίον τοίχωμα αὐτοῦ 4 περίπου σπ. παραπάνω ἀπὸ τὸ διάφραγμα. Φαίνεται ὅτι στὴν περιοχή αὐτὴ ὑπάρχει μειωμένη ἀντίσταση, ποῦ ἔχει σχέση μὲ τὴν διάταξη τῆς ἐπιμήκουσ μυϊκῆς στιβάδας, ὅπως ἀπέδειξε πειραματικὰ αὐτὸ ὁ Macklier.

Στὴ φυσικὴ ἐξέταση βρίσκεται μυϊκὴ ἀντίσταση στό ἐπιγάστριο, ποῦ μπορεῖ νὰ στρέψει τὴν κλινικὴ σκέψη στὴν διάτρησι γαστροδωδεκαδακτυλικοῦ ἔλκους. Σὲ ἀνακεφαλαίωση ἡ τριάδα: ἐμετοί, διαξιφιστικὸ ἐπιγαστρικὸ καὶ ὀπισθοστερνικὸ ἄλγος, ἐμφύσημα τοῦ μεσοθωρακίου, ἐπιτρέπει τὴν πρῶιμη καὶ αἰτιολογημένη διάγνωση καὶ τὴν ἐφαρμογὴ ἀπὸ κεῖ ὀρθῆς θεραπευτικῆς ἀγωγῆς. Ἡ ἐπέκταση τραχηλικοῦ ὑποδορίου ἐμφυσήματος, ποῦ ἐποτελεῖ ἐπέκταση τοῦ μεσοθωρακικοῦ ἐμφυσήματος ἢ φλεγμονώδους διόγκωσης τοῦ τραχήλου, ἐπιβάλλει σὲ μεταγενέστερο χρόνο τὴν διάγνωση, γεγονός ποῦ δὲν πρέπει ὅμως νὰ συμβαίνει. Ἡ ἀνάπτυξη μεσοθωρακίτιτας μὲ ἐμφύσημα προκαλεῖ μερικὴ σύμπτωση τῶν τοιχωμάτων τῶν φλεβικῶν στελεχῶν καὶ τῶν ὠτίων τῆς καρδίας. Οἱ ἀναπόφευκτες τότε αἰμοδυναμικὲς διαταραχὲς ἐρμηνεύουν τὴν κατάστασι πρῶιμου collapsus. Ἡ συχνὴ ἐπέκταση τοῦ ἄλγους στό ἀριστερὸ ἡμισωράκιο, μπορεῖ νὰ στρέψει τὴν σκέψη πρὸς τὸ ἐμφραγμα τοῦ μυοκαρ-



δίου ή στο διαχωριστικό άνεύρυσμα τής θωρακικής άορτής. Γενικά ή κατά-
σταση τέτοιων άρρώστων έμφανίζεται πολύ βαριά. Ή ρήξη του οίσοράγου
έπιβάλλει πάντοτε άμεση χειρουργική θεραπεία.

3. ΞΕΝΑ ΣΩΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΟΙΣΟΦΑΓΟ

Ξένα σώματα που αφηνώθηκαν σε κάποιο σημείο του αύλου του οίσορά-
γου βρίσκονται δυό φορές πιό συχνά από ό,τι στις άερο-
φόρες όδους. Πρόκειται για σχετικά συχνό άτύχημα, που άφείλεται στην άμέ-
λεια και τήν άπροσεξία. Στα παιδιά ή συχνότητα είναι πολύ μεγάλη, άφου
καλύπτει τά 95% τών περιπτώσεων. Στους ένήλικες συχνή είναι ή έπαγγελμα-
τική άμέλεια, όπως παρατηρείται συχνά στους έπιπλοποιούς, ράφτες, μοδί-
στρες κ.λ.π. που συνηθίζουν νά διατηρούν στό στόμα τους ποσότητα από
καρφίτσες για τήν πιό εύκολη χρησιμοποίηση στην εργασία τους.

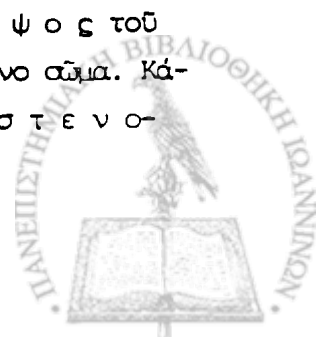
Ή κλινική σημειολογία δέν είναι όμοιομορφη, αλλά διαφέρει, άφου
έξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως ή φύση και τό μέγεθος
του ξένου σώματος, τό σημείο του οίσοράγου που αφηνώθηκε αυτό, τό
χρονικό διάστημα που πέρασε από τό άτύχημα, ή ήλικία, ή
όκίαμα και ή προηγούμενη κατάσταση του οίσοράγου κ.λ.π. Έτσι:

Σέ έπείγουσα προσέλευση, ό άρρωστος άναφέρει συχνά τίς συνθήκες κατά-
ποσης του ξένου σώματος και περιγράφει τή φύση και τό μέγεθος του. Συχνά
σημεία άποτελούν τό αίσθημα όξείας άπόφραξης, σπασ-
μωδικοί άδιάκοποι βήχας, άλγος πολύ ή λίγο
έντονο σε κάθε προσπάθεια κατάποσης, που είναι άδύνατη, ή τό
άλγος που άκτινοβολεί στη ράχη πολλές φορές, αύξημένη έκκριση
σάλιου, κάποτε τροφώδεις άναγωγές.

Σέ μερικές περιπτώσεις ή κλινική εικόνα είναι όκίαμα πιό βαριά άφου
άναφέρθηκαν όκίαμα και αίφνίδιοι θάνατοι. Άλλες φορές ό άρρωστος προσέρ-
χεται κυανωτικός, μέ άσφυκτικά φαινόμενα,
όποτε τίθεται πρόβλημα έντοπίσεως του ξένου σώματος στον οίσοράγο ή στην
τραχεία. Ή σημειολογία αυτή συχνά άφείλεται σε έντόπιση του ξένου σώ-
ματος ψηλά στον οίσοράγο, που πιέζει τό λάρυγγα, γι' αυ-
τό τότε πριν από κάθε προσπάθεια άραίρεσης αυτού, είναι έπιτακτική ή
έκτέλεση τραχειοστομίας.

Όχι άσυνήθιστα ό άρρωστος προσέρχεται μετά από ποικίλο χρονικό
διάστημα από τήν ένσφήκωση του ξένου σώματος και παραπονείται για ένο-
χλήματα ήπιας έντασης όπως είναι:

α) Αύτόματο άλγος, σταθερό, βαθύ, στό ύψος του
στέρνου, άνεξάρτητα από τό σημείο όπου αφηνώθηκε τό ξένο σώμα. Κά-
ποτε τό άλγος προσλαμβάνει χαρακτήρα αίσθήματος άπληξης στενο-

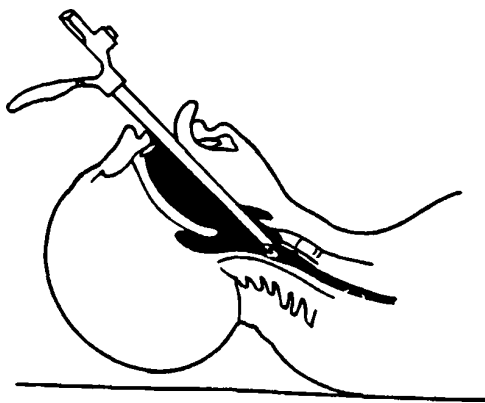


χωρίας στην ίδια πάλι περιοχή.

β) Δυσφαγία, κατά προτίμηση σίς στερεές παρά σίς υγρές τροφές. Στην κατάποση παρατηρείται άλγος, πού ή έντόπιση του ενδιαφέρει για τόν προσδιορισμό της θέσης του ξένου σώματος.

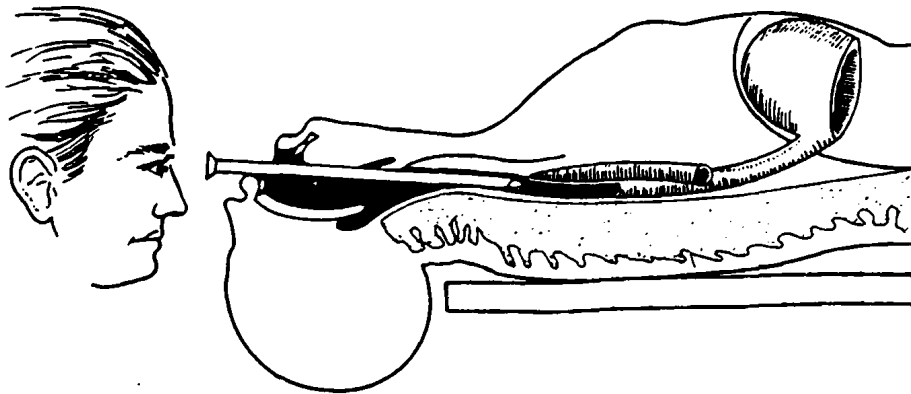
γ) Μικρές κάποτε αιμορραγίες ή άφθονη έκκριση σάλιου μέ προσμίξεις αίματος, πού επαναλαμβάνονται και πού μπορούν να σημαίνουν ρήξη του οίσοφαγικού τοιχώματος. Αναζητείται τυχόν υποδόριο έμφύσημα ή άπλό οίδημα στον τραχηλο, τόν τραχηλικό βόθρο και τίς υπερκλείδιες περιοχές, όπως και κάθε ιδιαίτερα επώδυνη περιοχή.

Στή φαρυγγολαρυγγοσκόπηση τά εύρήματα είναι συνήθως άρνητικά, ενώ ή έμμεση λαρυγγοσκόπηση μπορεί να άποκαλύψει ένδεχομένως την παρουσία ξένου σώματος, τή λίμναση σάλιου στους άπιοειδείς βόθρους του φαρυγγα, βασικά δέ την ύπαρξη οίδηματος στην περιοχή του άνω στομίου του οίσοφαγου, όπως και μερικων μικρων αιμορραγικων εστιων. Σε πολλές όμως περιπτώσεις ο άκτινολογικός έλεγχος και ή οίσοφαγοσκόπηση άποτελούν άπαραίτητες και σημαντικής διαγνωστικής άξίας έξετάσεις. Δέν είναι όμως άπίθανο αυτές να άποβοϋν άρνητικές για την άνεύρεση του ξένου σώματος, γιατί άπλούστατα αυτό πέρασε τόν οίσοφαγο και είσήλθε τελικά στό στόμαχο, όπότε ή κλινική συμπτωματολογία άφείλεται πλέον στον τραυματισμό του οίσοφαγικού τοιχώματος πού έξακολουθεί να ύπάρχει. (εχ. 33, 34)



εχ. 33 Οίσοφαγοσκόπηση.





Σχ. 34. Οίσοφαγοσκόπηση.

4. ΧΗΜΙΚΑ ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Τά χημικά έγκαύματα του οίσοράγου προκαλούνται από διάφορες καυστικές χημικές ουσίες, πού έχουν αλκαλική ή όξινη σύνθεση και πού λαμβάνονται τυχαία ή σκόπιμα για αύτοκτονία. Τό ένδιαφέρον των χημικών έγκαυμάτων παραμένει άμείωτο άναφορικά μέ τή βαριά έπιπλοκή τους, τή στένωση του οίσοράγου, ή πρόληψη και ή θεραπεία τής όποιας κυριαρχεί σέ όλο τό πρόβλημά τους. Στην άρχική περίοδο τής όξείας διαβρωτικής οίσοραγίτιδας, ύστερα από κάποια φάση κλινικής άλλοτε άλλης ύφρεσης, άκολουθεί τό στάδιο τής χρόνιας διαβρωτικής οίσοραγίτιδας, πού χαρακτηρίζεται από στενωτική διεργασία άδιάκοπα έξελισσόμενη.

Ή κλινική σημειολογία των έγκαυμάτων του οίσοράγου μέσης, συνηθισμένης, βαρύτητας έξελίσσεται σέ τρεις, κατά κάποιο τρόπο σχηματικό, περιόδους: τήν άρχική περίοδο, πού χαρακτηρίζεται από τήν ανάπτυξη τής όξείας διαβρωτικής οίσοραγίτιδας, τήν περίοδο τής ύφρεσης, πού σπάνια έξελίσσεται στην πλήρη ίωση, ένω συχνή είναι ή μετάφασή της στην τελική περίοδο



της χρόνιας διαβρωτικής οίσοφαγίτιδας και στην εγκατάσταση της ού-
λώδους στένωσης.

1. ΑΡΧΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ (ΟΞΕΙΑ ΔΙΑΒΡΩΤΙΚΗ ΟΙΣΟΦΑΓΤΙΔΑ). 'Ο άρρωστος γρή-
γορα μετά την κατάποση του καυστικού υγρού αισθάνεται σφοδρό
καυστικό άλγος στο στόμα, στον φάρυγγα και στην όπισθοστερ-
νική περιοχή, με ταυτόχρονο συσφιγκτικό αίσθημα στο
θώρακα. Καί η παρामीκή προσπάθεια κατάποσης είναι έπώδυνη,
ένω άωθονο σάλιο κυλάει από τό στόμα στά έξοιδημένα χείλη του. 'Η γε-
νική κατάσταση πάρα πολύ γρήγορα έπηρεάζεται, εγκαθίσταται
είκόνα βαριά καταπληξίας (choc), πού χαρακτηρίζεται
άπό ώχροτητα, άγωνία, ταχυκαρδία, έπιπόλαι-
α ταχύπνοια, νηματοειδή σφυγμό και πτώση
της άρτηριακής πιέσεως. 'Η κλινική εξέταση δείχνει στοματικές βλάβ-
ες διαβρωτικές, όπως και έντονο οίδημα της
γλώσσας, πού δυσκολεύει τή λαρυγγοσκόπηση, πού είναι σκόπιμη για
τήν έκτίμηση των βλαβών του ύπαφάρυγγα και του λάρυγγα. 'Η παραπέρα
έρευνα στρέφεται στό μεσοθωράκιο, μέ τή λήψη συχνών άπλών
άκτινογραφιών, στην κοιλιά για τήν άνεύρεση, μέ τήν ψηλά-
ψηση, κάθε άντίδρασης των τοιχωμάτων της, ένδεικτικής για βλάβες του
στομάχου, και τέλος στην παρακολούθηση της νεφρικής λειτουργίας.

2. ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΥΦΕΣΗΣ. 'Ο έγκαυματίας μέ τήν άμηση και κατάλληλη θερα-
πευτική άγωγή μπορεί συχνά νά έπιζήσει. 'Η αμορότητα των συμπτωμάτων
βαθμιαία υποχωρεί. Οι διαβρώσεις της στοματικής κοιλότητας άρχίζουν
νά έπουλώνονται και, γύρω στη δεύτερη εβδομάδα, είναι δυνατή η λήψη
υγρών από τό στόμα και ρευστών τροφών σιγά σιγά. 'Ασυνήθιστα η ύρεση
έξελίσσεται άμαλά σε ίαση και ικανοποιητική έπούλωση των έγκαυμάτων.
'Η εγκατάσταση ούλώδους στένωσης, ύστερα από χρονικό
διάστημα, δέν είναι σήμερα έντελως παραδεκτή. Στην πραγματικότητα η πε-
ρίοδος της ύρεσης είναι πιο συχνά άσταθής, πρόσκαιρη
και άπατηλή, στη διάρκεια της όποιας άρχίζει νά άναπτύσσεται η
διεργασία της στένωσης.

3. ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΣ ΤΗΣ ΣΤΕΝΩΣΗΣ. Αύτή χαρακτηρίζεται από συ-
νεχή δυσφαγία, προσδευτικά και σταδιακά έπιτεινόμενη και έξαι-
τίας άόκη της μηχανικής φύσης της, άνώδυνη και πού συνοδεύεται
άπό αίσθημα όπισθοστερνικού βάρους. Είναι έκλε-
κτική στην άρχή για τίς στερεές τροφές και ύποχρεώνει στη μείωση
του μεγέθους των βλαβών. 'Αναγωγές πού συνοδεύουν τή δυσφαγία,
έμφρανίζονται πρώτα ύστερα από τή λήψη τροφής. Οι άναγωγές σε



στένωση πού χρονολογείται από μακρού χρονικό διάστημα επέρχονται με τα-
γενέστερα, είναι πιο άφρονες και έρμηνεύουν τότε συνήθως ύπερ-
στενωτική διάταση του οίσοφαγού. Κάποτε είναι βλεν-
νοσιαλώδεις, από την υπερέκκριση σάλιου από έντονο άντανα-
κλαστικό έρεθισμό του πνευμονογαστρικού.

5. ΘΞΕΙΑ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Ή σημειολογία τής θΞείας μεσοθωρακίτιδας από τραυματική βλάβη
του οίσοφαγού μπορεί να είναι έξαιρετικά πλούσια σέ έκδηλώσεις. Οι πλα-
τιές επικοινωνίες του μεσοθωρακίου με γειτονικούς χώρους, όπως ο τραχή-
λος, ο ύαυπεζωκοτικός, ο όπισθοπεριτοναϊκός χώροι, έρμηνεύουν την έμ-
φάνιση κλινικών σημείων πού προέρχονται από αυτούς. Τά νευρικά στοιχεία
του μεσοθωρακίου, ιδιαίτερα άφρονα, επειδή έρεθίζονται άμεσα, κινητο-
ποιούν ταχύτατα τό μηχανισμό αντίδρασης.

Ό Barret συστηματοποίησε τήν κλινική σημειολογία στό άρχικό στά-
διο θΞείας μεσοθωρακίτιδας στήν τριάδα: ά ν τ ί σ τ α σ η κατά τά ύ π ο -
χ ό ν δ ρ ι α, δ ύ σ π ν ο ι α, ύ π ο δ ό ρ ι ο έ μ φ ύ σ η μ α. Σ'
αυτή έχει προστεθεί από τον Dak ό ψ η λ ό ς π υ ρ ε τ ό ς, πού φαί-
νεται να έγκαθίσταται πολύ γρήγορα. Ή αντίσταση των ύποχονδρίων άνα-
ζητείται με ιδιαίτερη προσοχή, μπορεί να είναι σ υ μ μ ε τ ρ ι κ ή
ή όχι, στήν τελευταία δέ περίπτωση υπερισχύει στό ά ρ ι σ τ ε ρ ό
ύ π ο χ ό ν δ ρ ι ο. Κάποτε μπορεί να υπάρχει π ρ α γ μ α τ ι κ ή
σ ύ σ π α σ η, πού εκτείνεται και στους όρθους κοιλιακούς μύες. Ή
δ ύ σ π ν ο ι α ούδέποτε άπουσιάζει και ποικίλει σέ ένταση. Πρόκειται
για πραγματική δύσπνοια, πού όφείλεται περισσότερο στό έντονο άλγος,
παρά στήν πίεση των άεροφόρων όδών. Τό ύ π ο δ ό ρ ι ο έ μ φ ύ -
σ η μ α θεωρείται πιθανώς τό σημαντικότερο κλινικό σημείο. Όπωςδήποτε
είναι τό πιο χαρακτηριστικό άνόμα και όταν ή οίσοφαγική βλάβη είναι πο-
λύ μικρή. Ένδιαφέρει τή β ά σ η τ ο ύ τ ρ α χ ή λ ο υ και έκλεκτι-
κά τήν ύ π ε ρ σ τ ε ρ ν ι κ ή π ε ρ ι ο χ ή, όπου μπορεί να ψηλαφη-
θεί και σέ πολύ μικρό βαθμό. Συχνά άλλωστε ή περιοχή αυτή άποτελεϊ τή
μ ο ν α δ ι κ ή έ ν τ ό π ι σ η, τουλάχιστο στίς πρώτες ώρες από τή
διάτρηση του οίσοφαγού και είναι σημείο κλινικό πού ενδιαφέρει σημαντι-
κά από άποψη τ α χ ε ί α ς δ ι ά γ ν ω σ η ς. Μερικές φορές μπορεί
να προσλάβει έξαιρετικά έκτεταμένες διαστάσεις και μάλιστα σέ πολύ μι-
κρό χρονικό διάστημα, μικρότερο από 1 ώρα. Ό πυρετός έμφανίζεται πο-
λύ γρήγορα και συχνά από τήν άρχή είναι πολύ ψηλός γύρω στους 40° C.

Άπό τό άναμνηστικό του άρρώστου διαπιστώνεται σ υ γ κ ο π τ ι -
κ ή κ α τ ά σ τ α σ η με σφοδρό, άπότομο, όξύ, ό π ι σ θ ο σ τ ε ρ -



νικό αλγος, άλλες φορές θυρακική, επίγαστρική ή υπεοδιαφραγμα-
τική έντόπιση, πού κάποτε άκτινοβολεί στην ώμοπλάτη. Βραχύ
χρονικό διάστημα μετά από αυτά έγκαθίσταται αΐσθηια συνεχούς
άγωνίας, έπώδυνη δυσφαγία, άσυνήθιστη
σιαλόροια, πού είναι πολύ ένοχλητική για τον άρρωστο και έντει-
νει τό άλγος τής δυσφαγίας. Ή παραπέρα κλινική εξέταση μπορεί να άπο-
καλύψει: ταχυκαρδία, συχνά έντονη, σχεδόν σταθερή, πού μπορεί
να σχετίζεται ή όχι με τον ύψηλό πυρετό. Κυάνωση πού άλλες φορές
χαρακτηρίζει πιεστικά φαινόμενα ή σημαντικό πνευμοθώρακα
και πού άλλες μπορεί να έγκατασταθεί χωρίς αυτά σε άσθενείς με αντίρρο-
πούμενη ύποξία. Ύπεζωκοτική συλλογή άέρα (πνευμο-
θώρακας) ή μαζί με αντίδραστικό ύγρό (ύδροπνευμοθώρακας) μονόπλευρη
ή άκροτερόπλευρη, ποικίλης έντασης.

Παράλυση τοϋ παλίνδρομου λαρυγγι-
κοϋ νεύρου, πού άποκαλύπτεται όταν ο άρρωστος μπορεί να μιλήσει
μεγαλόφωνα.

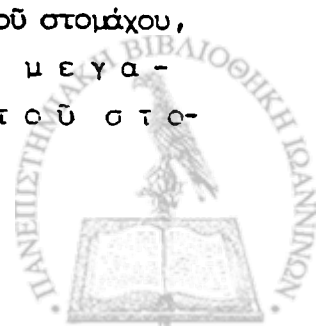
Αόξυγγας έπίμονος, ένοχλητικός, έπίδυνος και τέλος
κατάσταση πραγματικού χος, πού μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο μετά την
έκδήλωση τών πρώτων συμπτωμάτων.

6. ΔΥΣΚΙΝΗΣΙΕΣ - ΔΥΣΤΟΝΙΕΣ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Σάν δυσκινήσιες-δυστονίες τοϋ οίσοφάγου χαρακτηρίζονται οι λει-
τουργικές διαταραχές πού άφορούν στην κινητικότητα
και τον τόνο του (ύπερτονία, ύποτονία ή άτονία), μπορεί να είναι δευ-
τεροπαθεις σε βλάβη τοϋ οίσοφάγου και να παρατηρούνται στην
ίδια με αυτή περιοχή, πιο πάνω ή και πιο κάτω από αυτή ή τέλος να
σχετίζονται με νευρικές βλάβες πού άφορούν στο κεντρικό
νευρικό σύστημα, στο φλοιό τοϋ έγκεφάλου, στα περιφερικά νευρικά στε-
λέχη ή στα ένδοτοιχωματικά οίσοφαγικά νευρικά πλέγματα. Άπαντούν κατά
κύριο λόγο στο κάτω ήμισυ τοϋ όργάνου. Ή έκλεκτι-
κότητα αυτή πιθανόν να είναι συγκασιμένη με ανατομικούς λόγους και
συγκεκριμένα με την ύψη τοϋ μυϊκού τοιχώματος τοϋ οίσοφάγου.

Οι λειτουργικές αυτές διαταραχές μπορεί να είναι: Όξεϊες,
όπως παρατηρούνται σε όρισμένες λοιμώξεις (λύσσα, τέτανος) ή δηλητηριά-
σεις π.χ. με άρσενικό, μανιτάρια κ.λ.π.

Χρόνιες πρωτοπαθεις, πού έμφανίζονται συχνά στην πε-
ριοχή τοϋ κάτω τριτημορίου τοϋ οίσοφάγου και τής καρδίας τοϋ στομάχου,
ή δευτεροπαθεις από βλάβη ή νόσο αυτού, όπως μεγα-
οισοφάγος, καρκίνος τής καρδίας τοϋ στο-



μάχου, έκκόλπωμα του οίσοφαγού, οίσοφαγικό έλκος κ.λ.π.

Ανάλογα με την έντοπίσή τους οι διαταραχές αυτές άφορούν:

I. Στο άνω οίσοφαγικό στόμιο: Στην περιοχή αυτή παρατηρείται σπασμός, πού μπορεί να είναι μικρού βαθμού, ύποξύς ή συνεχής. Είναι συχνός σε γυναίκες σαν αίσθημα ύστερικού κόμπου και κάποτε έπώδυνου. Η συνοδός δυσφαγία είναι ήπια και διαλείπουσα, ένω ό σπασμός φευγαλέος, πολύ δύσκολα μπορεί να άπεικονιστεί στα οίσοφαγογραφήματα. Πολύ συχνά άναπαράγεται με την εύκαιρία κάποιας συγκίνησης. Ο ύποξύς σπασμός χαρακτηρίζεται με δυσφαγία κάπως πιο έπίσημη, αλλά πάλι διαλείπουσα και με έξέλιξη κατά κρίσεις. Ο μόνιμος συνεχής σπασμός, έξαιρετικά σπάνιος, έκδηλώνεται με άπόλυτη δυσφαγία, άντιστέκεται σε κάθε θεραπεία και τελικά οδηγεί στο θάνατο από άσιτία. Ο σπασμός του άνω οίσοφαγικού στομίου με σχετική συχνότητα, συνυπάρχει με άνάλογο της καρδίας του στομάχου.

II. Στην οίσοφαγο-καρδιακή περιοχή: Έκει οι διαταραχές ύρίστανται:

1. Με τη μορφή ύπερτονίας της περιοχής και ταυτόχρονης ύποτονίας του αίματος του οίσοφαγού, όπως παρατηρείται αυτό στον πρωτοπαθή μεγαοίσοφαγο.

2. Με χαρακτηριστική ύπερτονία της καρδίας πού έκδηλώνεται με όπισθοστερνικό άλγος χωρίς δυσφαγία.

3. Με άτονία της καρδίας και σημειολογία γαστροοίσοφαγικής παλινδρομήσης. Η άτονία ή ύποτονία της καρδίας έλέγχεται άκτινολογικώς με την άκτινο-φωτο-κινηματογράφιση. Τέτοια παρατηρείται σε όρισμένες χολολιθιάσεις, σε περιπτώσεις ύποθυρεοειδισμού, καθώς και σε έκφυλιστικές σπονδυλοαρθροπάθειες.

III. Στο μέσο τριτημόριο του οίσοφαγού: Στην περιοχή αυτή οι διαταραχές παίρνουν ιδιόμορφη όψη πού χαρακτηρίζεται άκτινολογικώς με σφαιροειδεϊς διατάσεις και ένδιάμεσες συσπάσεις του οίσοφαγικού τοιχώματος. Η πιο χαρακτηριστική μορφή είναι ό σπασμός του οίσοφαγού κατά έπίπεδα, του οποίου διακρίνονται οι άκόλουθες μορφές: Ο πραγματικός σπασμός κατά έπίπεδα, με χαρακτηριστικό τη δυσφαγία πού μερικές φορές είναι έπώδυνη, διαρκεί επί μήνες ή και χρόνια και πού τελικά έπηρεάζει τη θρέψη του πάσχοντα.

Ο διαλείπων σπασμός κατά έπίπεδα πού χαρακτηρίζεται με παρόμοιες άκτινολογικές εικόνες με την προηγούμενη μορφή και πού συνοδεύεται με δυσφαγία ή όποια μπορεί να έξακρινιστεί ύστερα από έβδελίδες μαζί με τά άκτινολογικά εύρήματα.



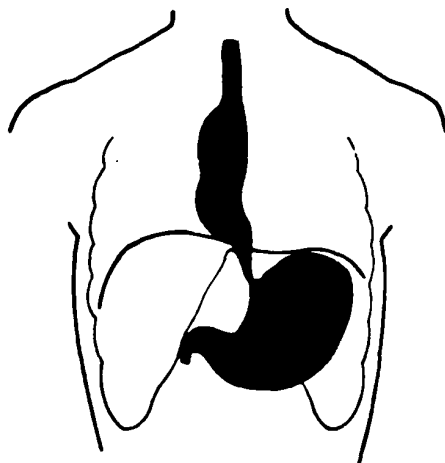
Ὁ πρόσκαιρος σπασμός, πού σ' αὐτή τή μορφή δέν ὑπάρχει κανένα λειτουργικό κώλυμα στήν περιοχή τοῦ κατώτερου οἰσοράγου, καί πού συνοδεύεται ἐπίσης μέ δυσφαγία.

7. ΜΕΓΑ - ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ (ΑΧΑΛΑΣΙΑ)

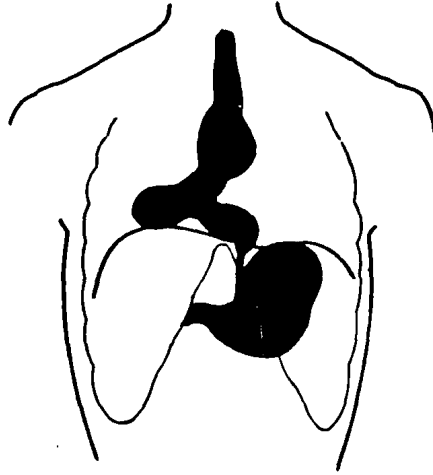
Ὁ ὄρος μέγα οἰσοράγος πού θεοπίστηκε ἀπό τόν Hacker χαρακτηρίζει τήν ἀνατομική καί μακροσκοπικά μόνιμη αὐξηση τῆς διαμέτρου τοῦ οἰσοράγου, πού διακρίνεται σέ δύο μορφές τόν **ί δ ι ο π α θ ῆ μ ε γ α - ο ἰ σ ο - φ ά γ ο ῆ ἄ χ α λ α σ ί α**, τήν πιό συχνή μορφή καί τόν **δ ε υ τ ε - ρ ο π α θ ῆ**, ἀπότοκο νεοπλασματικῆς ἐπεξεργασίας στήν οἰσοφαγοκαρδιακή περιοχή.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ. Αὐτή χαρακτηρίζεται ἀπό τά ἀκόλουθα σημεῖα:

1. **Δ υ σ φ α γ ί α.** Εἶναι τό κυρίαρχο σύμπτωμα, βρίσκεται στό σύνολο σχεδόν τῶν περιπτώσεων πρωτοπαθοῦς **μεγα-οἰσοράγου** καί ἀποτελεῖ τό **π ρ ῶ - τ ο** χρονολογικά κλινικό σημεῖο. Περιγράφεται σάν αἰσθημα στάσεως τῶν τροφῶν πίσω ἀπό τήν ξιφειδῆ ἀπόκρυση. Κλασσικά χαρακτηρίζεται σάν **π α - ρ ά δ ο ξ η**, γιατί ἐνδιαφέρει βασικά στά ὑγρά, παράλο πού δέν εἶναι τόσο σταθερό αὐτό, ἀφοῦ ἀνεκτά συχνά ἀφορᾶ καί στίς στερεές τροφές. Ὅπως-δήποτε **κ ρ ύ α ὑ γ ρ ά ρ ο φ ῆ μ α τ α** διέρχονται πιό δύσκολα ἀπ' ὄ,τι χλιαρά. Ὁ πρωταρχικός χαρακτήρας τῆς δυσφαγίας εἶναι ἡ χρονολογικά **ἀ ν ῶ μ α λ η**, **δ ι α λ ε ί π ο υ σ α** καί **ί δ ι ὀ μ ο ρ φ η** ἐμφάνισή της.



Σχ. 35 Πρωτοπαθῆς **μεγα-οἰσοράγος**.



Σχ. 36 Πρωτοπαθής μεγα-οισοφάγος.

- 2 -

Άλλες φορές έγκαθίσταται γρήγορα μετά τή λήψη τών πρώτων βλαμίων για νά έλαττωθεϊ εύθυσ στά έπόμενα λεπτά, και άλλες έξελίσσεται κατά κύματα πού διαρκούν μερικές ήμέρες κι έξαφανίζεται μετέπειτα για χρονικό διάστημα μερικων εβδομάδων ή μηνων. Για τούς χαρακτηρες αυτούς χαρακτηρίστηκε ή δυσαγαία αυτή σ π α σ τ ι κ ή, σέ αντίθεση μέ τή μηχανική πού προοδευτικά επίτεινεται και άνευρίσκειται σέ άλλα νοσήματα του οισοφάγου.

Όταν οί άρρωστοι προσέρχονται για πρώτη φορά στην εξέταση, πολύ συχνά ή δυσαγαία χρονολογεϊται από πολύ μακρύ χρονικό διάστημα, κάποτε και χρόνια, γιατί στή διάρκεια αυτού του διαστήματος οί έκδηλώσεις συνήθως παίρνουν τή μορφή σ τ ε ν ο χ ώ ρ ι α ς στην κατάποση τής τροφής κι έτσι ή δυσαγαία αυτή είναι άνεκτή.

2. ΑΝΑΓΩΓΕΣ. Αύτες είναι συχνό κλινικό στοιχείο, ό χ ι ά π ό λ υ τ ά σ τ α θ ε ρ ό, παρατηρούνται δέ στά 75% περίπου τών περιπτώσεων. Στα άρχικά στάδια τής νόσου έπέρχονται στό τέλος τών γευμάτων, μερικές φορές όμως στή διάρκειά τους. Μεταγενέστερα παρατηρούνται πιο σ ο υ χ ν ά στή νυκτερινή κατάφιιση. Είναι χαρακτηριστικό νά ρυπαίνεται άπ'αυτές τό μαξιλάρι του άρρώστου πράγμα πού διαπιστώνεται τέ πρωϊ πού ξυπνάει.



3. ΑΛΓΗ. Αύτά είναι ά ν ε ξ ά ρ τ η τ α από τή λήλη τής τροφής και αναφέρονται σέ ποσοστό 30% περίπου. Έχουν ό π ι σ θ ο σ τ ε ρ ν ι κ ή έντόπιση, κάποτε στό έ π ι γ ά σ τ ρ ι ο, άλλες φορές ενδιαφέρουν άποκλειστικά τή ρ ά χ η ή τόν τ ρ ά χ η λ ο, γι'αυτό μπορεί νά παραπλανήσουν τή διάγνωση. Άλλοτε έχουν μ έ τ ρ ι α ένταση και άλλοτε είναι έ ν τ ο ν α. Δέν πρέπει νά συγχέονται μέ παρόμοια άλγη πού έκδηλώνονται σά στενοχώρια και έχουν σχέση μέ τήν πρόσκαιρη στάση σέ κάποιο σημείο του οίσοφάγου.

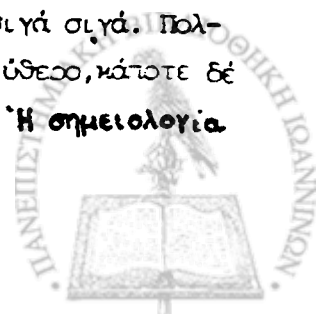
4. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ. Αύτή όταν δέν άρείλεται σέ έπιπλοκή είναι σ π ά ν ι α. Ή γενική κατάσταση του άρρώστου έξαρτάται από τήν ένταση, βασικά όμως, από τό χρονικό διάστημα πού πέρασε από τήν έναρξη τής νόσου. Μ έ τ ρ ι α άπώλεια βάρους συνοδεύει τίς κρίσεις διασφαγίας, ένω για μακριά έξέλιξη ή άπώλεια είναι έ κ δ η λ η και μ ό ν ι μ η. Στην κλινική έξέταση σέ τέτοιους άρρώστους δέν βρίσκονται σαφή στοιχεία, έκτός από τίς περιπτώσεις έμφανών έπιπλοκών.

Ή διάγνωση τής νόσου ύποβοηθεύεται σημαντικά από τόν άκτινολογικό έλεγχο, τήν οίσοφαγοσκόπηση, τή μανομετρία.

ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΜΕΓΑ - ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ (ΑΧΑΛΑΣΙΑ).

Ή πρωτοπαθής μέγα-οίσοφαγος στά παιδιά μόλις τό 1903 διακρίθηκε από τόν Gottstein, ένω όπως αναφέρθηκε στους ένηλικους περιγράφηκε από τόν Willis τό 1679. Ή άναλογία του στά παιδιά είναι πολύ μικρή, άρα από τό σύνολο τών περιπτώσεων μέγα οίσοφάγου καλύπτει ποσοστό μόνο 4%. Ή σ υ γ γ ε ν ή ς χαρακτήρας του είναι π ι θ α ν ό ς, αλλά και συζητήσιμος. Ή πάθηση χαρακτηρίζεται από π ρ ο ο δ ε υ τ ι κ ή δ ι ά τ α σ η γενικά μέτρια του οίσοφάγου μέ μ ι κ ρ ή π ά χ υ ν σ η τών τοιχωμάτων του. Οί ήλεκτρομανομετρικές μελέτες δείχνουν δ ι α τ α ρ α χ έ ς τ η ς κ ι ν η τ ι κ ό τ η τ α ς στό σύνολο του οίσοφάγου, μέ ταυτόχρονη άπουσία χαλάσεως στό κατώτερο τμήμα του στή διαφραγματική περιοχή. Ή έκδηλη όμοιότητα από παθογενετική άποψη του μεγαοίσοφάγου αύτου μέ τό συγγενές μεγάλολο, όδήγησαν στήν έκτεταμένη ιστολογική έρευνα για τήν έξακρίβωση άλλουώσεων του ένδοτοιχωματικού οίσοφαγικού νευρικού πλέγματος. Ήρισμένοι συγγραφείς ύποστηρίζουν ότι ύπάρχουν άλλουώσεις, ένω άλλοι δέχονται μέν ότι ύπάρχουν αλλά ότι είναι άσταθεύς.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ. Ή διάγνωση του μεγαοίσοφάγου στά παιδιά είναι δύσκολη. Εί-
ναι συχνές οί περιπτώσεις όπου, ή συμπτωματολογία πού αναπτύσσεται από τίς πρώτες εβδομάδες τής ζωής, αναγνωρίζεται μόνο μετά από άρκετό χρονικό διάστημα, χρόνια, άρα ή άκτινολογική σημειολογία αναπτύσσεται σιγά σιγά. Πολλές φορές πρόκειται για παιδιά ί σ χ ν ά μέ αναμνηστικό έλεύθερο, κάποτε δέ δόύσκειται ψ υ χ ο π α θ η τ ι κ ό οίκογενειακό περιβάλλον. Ή σημειολογία



είναι ή διόλουθη:

ΔΥΣΦΑΓΙΑ, πού μόλις έκδηλώνεται στά άρχικά στάδια, κάποτε έκλεκτικική για τίς ύγρές τροφές, έπιδεινώνεται προσδευτικά, για να γίνει έντονη και κατά περιόδους έπωδυνη και να έπηρεάσει τελικά τή θρέψη του μικρού άρρώστου. Για τήν αντιμετώπισή της και για να διευκολύνει τήν κατάποση τό παιδί παίρνει ίδιόμορφες στάσεις και άναπνέει βαθιά. Στην κατάποση συχνά έκλύεται άλγος πού έντοπίζεται στό έπιγάστριο και άκτινοβολεί προς τά πάνω. ΑΝΑΓΥΓΕΣ, πού συνοδεύουν τή δυσφαγία, περιέχουν άπεπτες τροφές άνάμικτες μέ βλέννες και κάποτε μοιάζουν μέ έμετό. Εύνοούνται άπό τήν κατάλιση, γι' αυτό και έμφανίζονται έκλεκτικά τή νύχτα. Νυχτερινός βήχας και πνευμονικές έπιπλοκές, άποτέλεσμα είσορήσεων, είναι συχνά σημεία, πού στρέφουν τή διάγνωση σέ άλλες κατευθύνσεις. Αύξημένη έκκριση σάλιου παρατηρείται συχνά. Η άκτινολογική έξέταση είναι άπαραίτητη για τή διάγνωση. Έξαιρετικό ένδιαφέρον έχει ή άκτινοκινηματογράφηση. Η άσπλή άκτινογραφία του άώρανα δείχνει πολλές φορές διαπλάτυνση του μεσοθωρακίου, στοιχειό ένδεικτικό τής νόσου. Στά οίσοφαγογραφήματα ό οίσοφάγος έχει μέτρια διάταση ή μεγάλη σάν άτρακτος, ένώ στην οίσοφαγοκαρδιακή περιοχή στενεύει σέ μήκος άπό 3 - 8 απ. και ή διάμετρός του δέν ύπερβαίνει μερικά χιλιοστά. Στην άκτινοκινηματογράφηση διαπιστώνεται έπιβράδυνση και στή συνέχεια διακοπή τών περισταλτικών κυμάτων. Ο ήλεκτρομανομετρικός έλεγχος έπιβεβαιώνει τίς διαταραχές του περισταλισμού και τή συνεχή ύπερτονία του κοιλιακού οίσοφάγου. Η οίσοφαγοσκόπηση είναι συχνά άπαραίτητη για τή διάγνωση και τόν προσδιορισμό τής φύσης τής στένωσης. Σέ μερικές περιπτώσεις ό βλεννογόνος του οίσοφάγου βρίσκεται οίδηματώδης, αλλά τό οίσοφαγοσκόπιο προωθείται μέ σχετική εύχέρεια μέχρι τό στόμαχο χωρίς να συναντήσει κώλυμα.

Η θεραπεία μπορεί να παραμείνει σέ μερικές περιπτώσεις συντηρητική. Όμως ή θεραπεία έκλογής είναι ή έγχείρηση Heller.

ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Σάν εκκόλπωμα του οίσοφάγου χαρακτηρίζεται περίγραπτη προβολή του τοιχώματός του, ήμισφαρική ή μέ μορφή θυλάκου, ποικίλου μεγέθους, πού βρίσκεται σέ έπικοινωνία μέ τόν αύλό του και άποτελείται άπό βλεννογόνο, ύποβλεννογόνιο, βλεννογόνιο μυϊκό χιτώνα κάποτε δέ και άπό μυϊκό. Στην πλειονότητα αυτά είναι έπίκτητα, σπάνια δέ συγγενή.



Ανάλογα με την έντοπιση τους διακρίνονται σε φαρυγγοοισοφαγικά, παραβρογχικά και επιφρενικά. Η συχνότητά τους είναι τρεις φορές μεγαλύτερη στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες, ενώ με βάση την ηλικία είναι η ίδια και στα δύο φύλα και με μεγαλύτερη συχνότητα μεταξύ 50ου και 70ου χρόνου ηλικίας.

ΦΑΡΥΓΓΟΙΣΟΦΑΓΙΚΑ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΑ. Στα άρχικα στάδια άπυσιάζει συχνά η σημειολογία. Σε ποσοστό 15 - 20% αυτά διαπιστώνονται τυχαία με την εύκαιρία μιας ακτινολογικής εξέτασης του άνωτερου πεπτικού σωλήνα.

Η στάση τροφών, σάλιου και βλέννας μέσα στο έγκολπωμα και η στένωση του οισοφάγου έξαιτίας της πίεσης του από τό έγκολπωμα αναφαίνονται σιγά σιγά. Δυσφαγία άρκετά ίδιόμορφη, άφου είναι άνώδυνη, διαλείπουσα και προοδευτικά έπιδεινούμενη, άποτελεϊ σημαντικó κλινικό σημείο. Στην άρχή έκδηλώνεται σαν άπλή δυσκολία στην κατάποση, σαν πρόσκαιρη στάση του βλωμού, πιο ύστερα με πιο σαφή μορφή, πλήρης σε φάσεις παρόξυνσης. Άρκετά συχνά είναι εκλεκτική για τα υγρά και μειώνεται με την έφαρμογή κατάλληλης διαιτητικής άγωγής και με έπιμελημένη μάσηση των τροφών. Αίσθημα άπόφραξης ύψηλά, στην περιοχή του "μήλου του Αδάμ" και στον κρικοειδή χόνδρο, ύποχωρεϊ με την πίεση στα πλάγια του τραχήλου ή με κινήσεις και κάμψεις της κεφαλής, άφου αυτές διευκολύνουν την κένωση του έγκολπώματος. Πολλές φορές από τους άρρώστους αναφέρεται δυσάρεστο αίσθημα βορβορυγμού στον τραχήλο, που άφείλεται στην ανάμιξη καταποθέντων υγρών με άέρα.

Αναγωγές άφθονου σάλιου και μεταγενέστερα τροφών, που μπορεί να έχουν ληφθεϊ την προηγούμενη μέρα, παρατηρούνται εκλεκτικά και πιο πολύ σε σχετικά μεγάλα έκκολπώματα.

Δευτερεύουσας σημασίας και πιο πολύ ή λίγο άσταδη συμπτώματα παρατηρούνται έπίσης, όπως είναι έπίμονος βήχας κατά ή μετά τη λήψη τροφής, καταρροϊκή λαρυγγίτιδα και βραχνή φωνή, έξαιτίας είσοραφήσεων, κρίσεις ίλίγγου και πρόσκαιρη πτώση της πίεσης από πιεστικό έρεθισμό των πνευμονογαστρικών νεύρων ή της περιοχής του καρωτιδικού κόλπου.

Η έξέλιξη βαθμιαία προχωρεϊ στην έπιδείνωση. Η διαφαγία δέν ύποχωρεϊ παρά πρόσκαιρα και ύστερα από πολλές προσπάθειες κένωσης του έγκολπώματος που τελικά πλέον δέν άποδίδουν. Αναγκαστικά περιορίζεται η λήψη τροφής, άρχίζει άνορεξία, ή γενική κατάσταση έπιδεινώνεται σταθερά και έγκαθίσταται καχεξία, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις μεγάλων έγκολπωμάτων, που χρονολογούνται από μεγάλο χρονικό διάστημα. Στην κλινική έξέταση συχνά άπυσιάζουν άντικειμενικά



εύρηματα. Μερικές φορές έγκολπώματα μέτριου μεγέθους είναι όρατά ύστερα από τή λήψη ύγραν, παίρνουν τή μορφή όμαλῆς καί κυρτῆς διόγκωσης, πιό πάνω από τήν άριστερή κλείδα ή πιό ψηλά άκόμη κάτω από τό λάρυγγα καί πού άδειάζουν μέ θόρυβο ύστερα από πίεση.

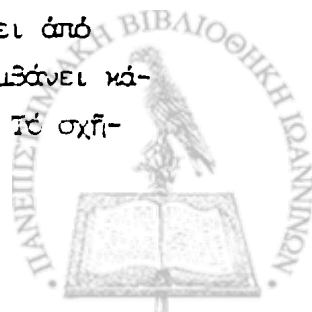
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ: Ἡ καχεξία είναι συνικασμένη μέ τόν έκούσιο ή άναγκαστικό περιορισμό τῆς τραχῆς. Ἐπιπλοκές από τό άναπνευστικό είναι επίσης συχνές καί άφείλονται σέ είσορήσεις στή διάρκεια άναγωγών, ιδίως στόν ύπνο καί στήν όριζόνη κατάκλιση καί πού εύνοούνται άκόμη περισσότερο από τήν άμβλυση τῆς αίσθητικότητας τοῦ φάρυγγα καί τῶν άντανακλαστικῶν τοῦ βήχα. Τραχειοβρογχίτιδες πού έπαναλαμβάνονται, βροχοπνευμονίες πιό συχνές στό μέσο δεξιό λοβό τοῦ πνεύμονα, πνευμονικό άπόστημα.

Δύσπνοια, πού άφείλεται επίσης σέ πίεση τῆς τραχείας, έμφανίζεται παρόξυσμικά καί μάλιστα όταν είναι γεμάτο τό έγκόλπωμα.

Ἡ έγκολπωματίτιδα, ή φλεγμονή δηλαδή τοῦ έγκολπώματος, έξελίσσεται κατά περιόδους μέ πυρετό, δυσάρεστη άπόπνοια τοῦ στόματος, λευκοκυττάρωση, μικρές αιμορραγίες από υπεραιμία τοῦ βλεννογόνου ή ρήξη κίρσοειδῶν άνευρύσεων τῶν αλεβῶντων. Ἡ φλεγμονή έπεκτείνεται δυνητικά στόν κυτταρολιπώδη ιστό τοῦ τραχήλου καί τοῦ μεσοθωρακίου εἴτε μέ τήν όξεία μορφή (φλέγμων περιφαρυγγικός, όξεία πυώδης μεσοθωρακίτιδα), εἴτε μέ βραδεία καί χρόνια πού άπολήγει στήν ανάπτυξη άφθονων συμφύσεων τοῦ έγκολπώματος μέ τούς γύρω ιστούς.

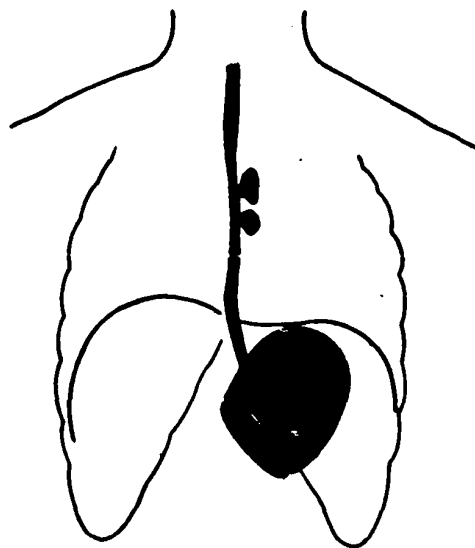
Διαταραχές από πίεση σχετιζόμενες μέ τό έγκόλπωμα στόν τράχηλο (πίεση παλινδρόμων, τῶν πνευμονογαστρικῶν) ή τοῦ μεσοθωρακίου (πίεση άκύνιμων φλεβῶν, άνω κοίλης φλέβας) είναι άρκετά σπάνιες. Κακοήθης έξαλλαγή τοῦ έγκολπώματος μπορεῖ νά είναι ύποπτη σέ γρήγορη επιδείνωση τῆς δυσραγίας, πού μετατρέπεται τότε σέ πλήρη, μέ έκδηλη άπίσχυαση καί έντονες διαταραχές από πίεση. Ἡ θεραπεία είναι συντηρητική για τά μικρά καί άσυμπτωματικά έγκολπώματα καί χειρουργική για σχετικά μεγάλα έγκολπώματα.

ΠΑΡΑΒΡΟΓΧΙΚΑ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΑ. Αὐτά καλύπτουν συχνότητα περίπου 23% καί έντοπίζονται στό ύψος τοῦ διχασμοῦ τῆς τραχείας γι'αὐτό καί πολλές φορές καλοῦνται καί άορτοβρογχικά, έπιβρογχικά ή τοῦ διχασμοῦ τῆς τραχείας. Ἐπό παθολογοανατομική άποψη είναι πιό όρθός ό όρος παραβρογχικά έγκολπώματα. Τό μέγεθος ποικίλει από καρύδι μέχρι πορτοκάλι καί πιό πολύ καί καταλαμβάνει κάποτε ύψος 2-4 θωρακικῶν σπονδύλων. Τό σχή-

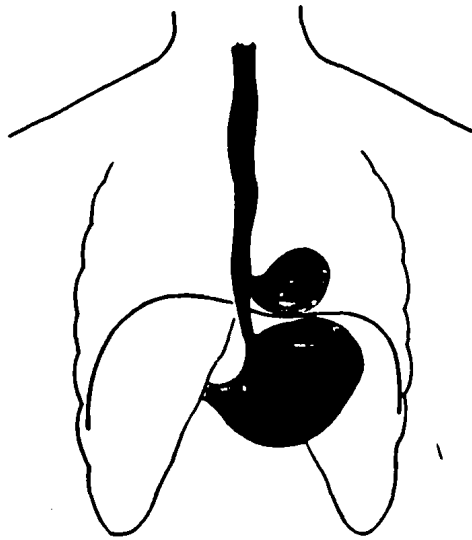


μα του είναι σφηνοειδές, άτρακτοειδές, καρδιό-
σχημο, ο αύχενος του πολύ ή λίγο φαρδύς και έπιμήκης,
ή φορά του έγκάρσια, κάποτε προς τα πάνω ή κάτω, γεγονός που
έννοεί την αύξηση του μεγέθους του, τή στάση και την ανάπτυξη φλεγ-
μονής. Μπορεί να συνοπάχει με άλλο έγκόλπωμα θωρακικής ή τραχηλικής
έντόπισης. Τό τοίχωμά του αποτελείται από βλεννογόνο, ύπο-
βλεννογόνιο, βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα και
καλύπτεται από μυϊκές ίνες και συνδετικό ιστό.
Τά παραβρογχικά έγκολπώματα συχνά αποκαλύπτονται τυχαία μέ την
εύκαιρία ακτινολογικού έλέγχου. Πρόκειται όπως είναι εύνόητο για υπο-
κλινικές μορφές χωρίς σημειολογία ή μόλις ύποσημαινόμενη.

Σέ μεταγενέστερο έξελικτικό στάδιο έκδηλώνεται συχνά διαλει-
πουσα, ήπιας έντασης δυσφαγία, αίσθημα όπισθοστερνικής ή
όπισθοξίφωειδικής στάσης στή λήψη του βλαμού, σχετικά μεγάλου
μεγέθους ή πού γρήγορα καταπίνεται, άναγωγές και κάποτε σια-
λόρροια. Πιεστικά φαινόμενα από τό άνασπνευστικό ή προκάρδια άλγη
παρατηρούνται πιο άργά, έκλεκτικά μετά από γεύμα κι όταν τό μέγεθος του
έγκολπώματος είναι μεγάλο. (έχ. 37,38)



Σχ. 37. Ήπιβρογχικό Έγκόλπωμα.



Σχ. 38. *Επιφρενικό έκκολπωμα.

Β ή χ α ς στή διάρκεια ή πρώϊμα ύστερα από τὰ γεύματα πού ποικί-
λει ανάλογα μέ τήν ένταση, πιό συχνός στή λήψη υγρῶν καί πιό χαρακτη-
ριστικός όταν συνοδεύεται μέ απόχρεψη σάλιου, άνακατεμένη μέ ύπολείματα
τραφῶν, ὅπως καί πνευμονική διαπύηση μέ τήν μορφή άπο-
στήματος ή βρογχοπνευμονικῶν έστιῶν, εἶναι σημεῖα ένδεικτικά ύπόξεως
οίσοφαγοβρογχικοῦ συριγγίου έκκολπωματικῆς
αίτιολογίας.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ: Τά έκκολπώματα αὐτά πρέπει νά παρακολουθοῦνται τοκτικά γιά
τήν πιθανή καρκινοματώδη έξαλλαγή τους. Μερικά εὐμεγέθη τέτοια
έκκολπώματα προκαλοῦν έντονη δυσφαγία, πού άναγκάζει σέ
περιορισμό τῆς τροφῆς. Ἡ συριγγοποίηση, ή παθολογική δηλα-
δή επικοινωνία τοῦ έκκολπώματος μέ τό βρόγχο, προκαλεῖ χρόνιες πνευμο-
νικές επιπλοκές πιό συχνά σέ τμήμα ή λωβό τοῦ δεξιῦ πνεύμονα. Ἡ πε-
ριέκκοιπωματική φλεγμονή έχει σά συνέπεια βαρειές επιπλοκές πού πολλές
φορές επιβάλλουν επείγουσα έγχείρηση. Διάτρηση τοῦ έκκολπώματος
μπορεῖ νά συμβεῖ μέσα στό μεσοθωράκιο καί νά προκαλέσει ὀξεῖα πυ-
ώδη μεσοθωρακίτιδα, αλλά καί μέσα στόν υπεζωκότα ή τό
περικάρδιο. Αἱμορραγίες μέ τή μορφή μικρῶν αίματεμέσεων παρατηροῦνται
σπάνια. Ἡ διαφορική διάγνωση θά γίνει από νεόπλασμα τοῦ οίσοφαγού σέ
ἀρχικό στάδιο, από τόν σπασμό κατ'έπίπεδα.

ΕΠΙΦΡΕΝΙΚΑ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΑ. Αὐτά έμφύονται από τόν κατώτερο οίσοφαγο καί
βρίσκονται μεταξύ κάτω πνευμονικῶν φλεβῶν καί τοῦ διαφράγματος. Καλύ-



πουν ποσοστό 20% περίπου όλων των έγκολπμάτων του οίσοράγου. Παρατηρούνται πιά σ υ χ ν ά στους άνδρες μέ αναλογία 2 πός 1 σέ σχέση μέ τίς γυναίκες. Είναι πιά συχνά μετά τόν 50ό χρόνο τής ηλικίας. Πολλά από τά έγκολπμάτα αυτά άποκαλύπτονται τυχαία σέ άκτινολογικό έλεγχο για ένοχλήματα άκαθόριστα από τό άνώτερο πεπτικό σύστημα. Μέ τήν πάροδο του χρόνου άναπτύσσεται δ υ σ φ α γ ί α, έντοπιζόμενη χαμηλά, μέ αίσθημα έ π ώ δ υ ν η ς σ τ ά σ η ς πίσω από τήν ξιφειδή άπόρρυση και ά λ γ η σ τ ο ύ ς ώ μ ο υ ς και στόν α ύ χ έ ν α. Ά ν α γ ω γ έ ς πού περιέχουν ύπολείματα δύσοσμων τροφών, πού έλήφθησαν από ήμέρες και έχουν ύποστει άποσύνθεση, ίχνη αίματος και βλέννας, όπως και δύσοσμη άπόπνοια του στόματος, σχετίζονται μέ τό αύξημένο μέγεθος του έγκολπώματος, τή στάση και τήν πρόσληψη από φλεγμονή διαβρώσεων του βλεννογόνου του έγκολπώματος. Χαρακτηριστικό των άναγωγών είναι ή α ί φ ν ί - δ ι α έμφάνισή τους μέ τή λήψη όρισμένης θέσεως του αίματος, πού φαίνεται ότι εύνοει τήν κένωση του έγκολπώματος, γεγονός πού οι άρρωστοι συστηματικά τήν άποφεύγουν. Σέ πολλές περιπτώσεις παρατηρείται σημειολογία γ α σ τ ρ ο ο ι σ ο φ α γ ι κ ή ς π α λ ι ν δ ρ ό μ η σ η ς και τέλος αναφέρεται άλγος στό θώρακα κατά τή βαθιά είσπνοή.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ. Η σ τ ά σ η και ή έ π ι μ ό λ υ ν σ η του έγκολπώματος έξελίσσεται κατά περιόδους και συνοδεύεται από έντονα δ ύ σ ο σ μ η ά π ό π ν ο ι α του στόματος και κάποτε από μικρές α ί μ ο ρ ρ α γ ί - ε ς. Η φλεγμονή του έγκολπώματος εύθύνεται για τήν ανάπτυξη συμφύσεων μέ τά γειτονικά όργανα, τό μεσοθώρακιο, ύπεζωκότα, περικάρδιο, όπου είναι δυνατόν νά διατηρηθεί. Η σ υ ν ύ π α ρ ξ η μέ ν ε ό π λ α σ μ α τής οίσοφαγοκαρδιακής περιοχής καλύπτει ποσοστό 10 - 15% των περιπτώσεων, ιδιαίτερα των γειτονικών μέ τό οίσοφαγικό τμήμα έπιφρενικών έγκολπμάτων.

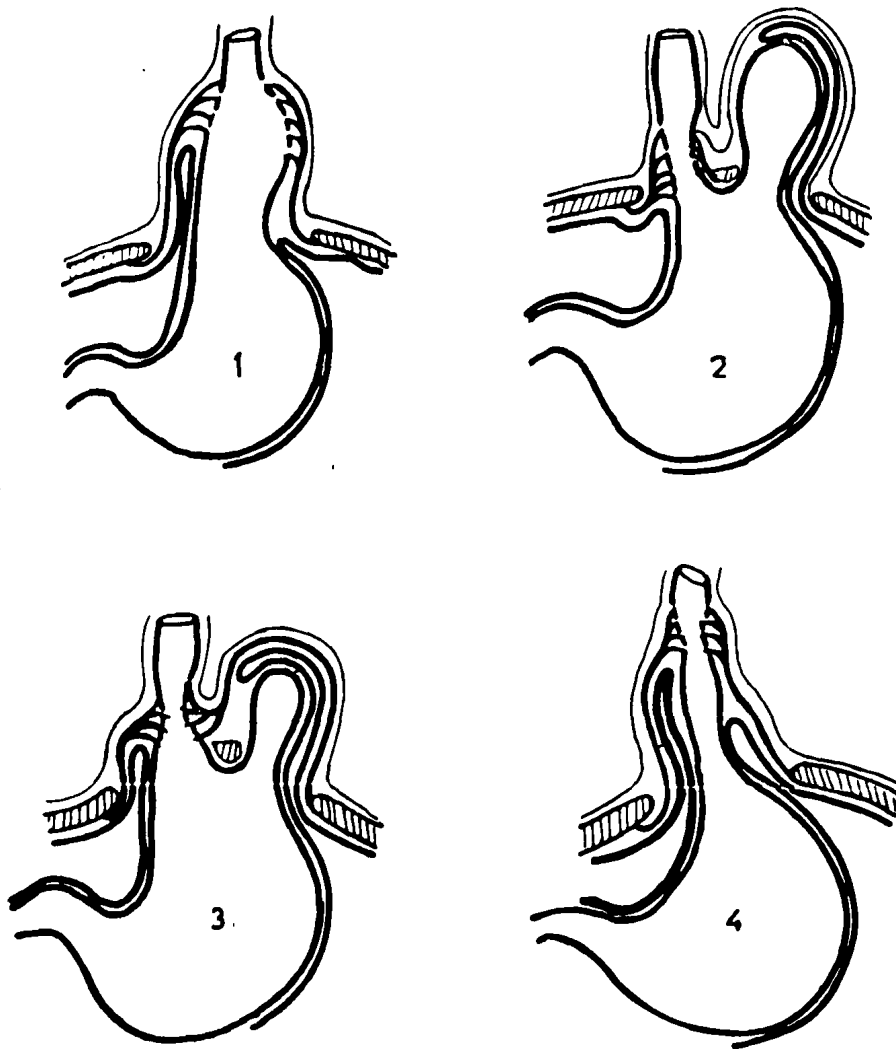
Η διαφορική διάγνωση πρέπει νά γίνει από τή φυσιολογική έ π ι - φ ρ ε ν ι κ ή δ ι ά τ ρ η σ η, τήν κ ή λ η του ο ί σ ο φ α γ ι κ ο ύ τ ρ ή μ α τ ο ς και τήν έπιπλεγμένη καρδιοοίσοφαγική δ υ σ τ ο π ί α, όπου συχνά παρατηρείται ψευδοεγκόλπωμα, τό έ λ κ ο ς του ο ί σ ο φ ά γ ο υ, τόν κ α ρ κ ί ν ο του κ α τ ώ τ ε ρ ο υ ο ί σ ο φ ά γ ο υ ή τής καρδιάς του στομάχου και τέλος δ γ κ ο υ ς κ α κ ο ή θ ε ι ς τής περιοχής, πού έξωγενώς πιέζουν τόν οίσοράγο.

ΚΗΛΕΣ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΟΥ ΤΡΗΜΑΤΟΣ

Η πρώτη ταξινόμηση των κηλών του οίσοφαγικού τρήματος έγινε από τόν Akerlund τό 1926. Η πιά έγκυρη όμως ταξινόμηση, πού έχει σχέση μέ τό μηχανισμό ανάπτυξής τους, άφείλεται στους Allison και Sweet. Σύμ-
αλα μέ τήν ταξινόμηση αυτή διακρίνονται:



1. ΚΗΛΕΣ ΚΑΡΔΙΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΕΣ ΚΑΤ' ΕΠΟΛΙΣΘΗΣΗ. Τό ποσοστό τους κυμαίνεται ανάλογα με τίς διάφορες στατιστικές από 68% ως 90%. Τά χαρακτηριστικά τῶν κηλῶν αὐτῶν εἶναι: καρδία τοῦ στομάχου πού ὀλισθαίνει στό ὀπίσθιο μεσοθωράκιο μαζί μέ ἄλλες φορές ἄλλο τμήμα τοῦ στομάχου. Ὁ αὐχένος τῆς κήλης σχηματίζεται ἀπό τό διευρυσμένο οἰσοφαγικό τρῆμα. Δέν ὑπάρχει πραγματικός κηλικός σάκκος, ἀλλά μόνον ἓνα εἶδος ἐκκολπίματος τοῦ περιτοναίου μπρός καί δεξιὰ τῆς κήλης, χωρίς περιεχόμενο, πού σχηματίζεται ἀπό τό περιτόναιο τῆς πρόσθιας ἐπιφάνειας τοῦ στομάχου πού συμπαρασύρεται μέσα στό μεσοθωράκιο. Ἡ οἰσοφαγογαστρική συμβολή γίνεται στήν κορυφή τοῦ τμήματος τοῦ στομάχου, πού προπίπτει καί ὁ οἰσοφάγος ἔχει φυσιολογικό μήκος, ἀλλά ἐλικοειδή πορεία κοντά στό κάτω ὄφρο. Ἡ οἰσοφαγογαστρική γωνία τοῦ His ἐξαφανίζεται. Ἡ γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση εἶναι εὐκόλη, γεγονός ἰδιαίτερα χαρακτηριστικό τῆς μορφῆς αὐτῆς κήλης. (Σχ. 39, 40)

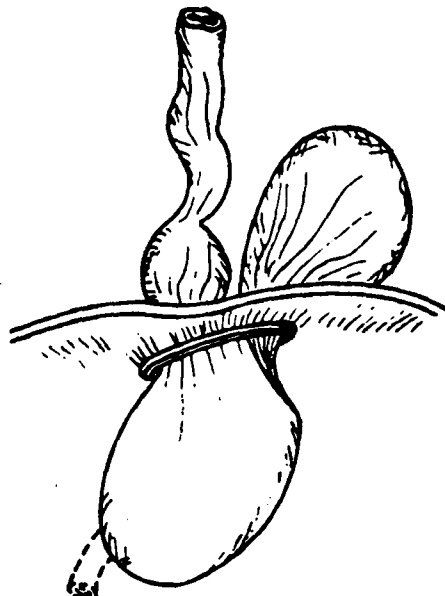


Σχ. 39

1. Κατ' ἐπολισθήση
3. Μικτή

2. Παραοισοφαγική
4. Βραχυοισοφάγος





Σκ.40. Παραοισοφαγική κήλη

2. ΚΗΛΕΣ ΠΑΡΑΟΙΣΟΦΑΓΙΚΕΣ. Είναι αρκετά ασυνήθιστες. Καλύπτουν ποσοστό από 5 - 15% και χαρακτηρίζονται από την ανοδοστό μεσοθωράκιο τμήματος του θόλου του στομάχου, ενώ η καρδία και ο κοιλιακός οισοφάγος παραμένουν στην φυσιολογική τους θέση. Μερικές φορές είναι μεγάλες, κλίνουν μπρός από τον οισοφάγο, προς τό ένα πλάγιο αυτού, συνηθισμένα στο δεξιό. Έχουν πάντοτε κηλικό σάκκο, πού βρίσκεται εμπρός και δεξιά του οισοφάγου και αναπτύσσονται μέσα από πλαγιοοισοφαγικό χάσμα του διαφράγματος τό οποιο αρείλεται στην ύπαρξη πνευμονοεντερικού θυλάκου. Η έντονη διεύρυνση του οισοφαγικού τμήματος του διαφράγματος επιτρέπει την άωλυτη ανάπτυξη κηλικού σακκού και κήλης. Για νά εισέλθει στον κηλικό σάκκο τμήμα του θόλου του στομάχου ή και όλονκληρος κάποτε αυτός, πού είναι καθλωμένος φυσιολογικά στην οισοφαγοκαρδιακή περιοχή και την πλωρική, πρέπει νά περιστραφεί μερικά ή ολοκληρωτικά γύρω από τον επίμηκη άξονά του (τό έλασσον τόξο στην προκειμένη περίπτωση) και από τά εμπρός προς τά πίσω, ώστε τό μεΐζον τόξο του στομάχου νά γίνει άνωτερο του έλασσονος. Πιό σπάνια μπορεί μέ έλξη του γαστροκολικού και γαστροσπληνικού συνδέσμων, τό έγκάρσιο κόλο και ο σπλήνας νά παρακολουθήσουν τή συσττροφή του στομάχου και σέ μεγάλες κήλες νά εισέλθουν στον κηλικό σάκκο. Η άνάταξη του κηλικού περιεχομένου είναι κατά κανόνα εύκολη, έκτός από τίς περιπτώσεις όπου έχουν αναπτυχθεί συμφύσεις.

3. ΚΗΛΕΣ ΜΙΚΤΕΣ. Η συχνότητά τους είναι πολύ δύσκολο νά



έκτιμηθεῖ. Ἀπό διάφορες στατιστικές προκύπτει ὅτι καλύπτουν ποσοστό 5% κατὰ μέσο ὄρο τῶν κηλῶν τοῦ οἰσοφαγικοῦ τμήματος. Χαρακτηρίζονται ἀπὸ τὴ σ υ ν ὑ π α ρ ξ η κήλησ κατ' ἐπολίσθησ καὶ παραοισοφαγικήσ. Πρόκειται δηλαδὴ γιὰ παραοισοφαγική κήλη, ἡ ὁποία δευτερογενῶσ συνοδεύεται μὲ ἀνοδο τῆσ καρδίας στοῦ μεσοθωράκιο, εἴτε γιὰ κήλη κατ' ἐπολίσθησ πού ἔχει ἐπιπλακεῖ μὲ ἀνοδο μέρουσ τοῦ κινητοῦ τμήματοσ τοῦ στομάχου.

4. ΚΗΛΕΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ. Αὐτέσ μπορεῖ νὰ ἀναπτυχθοῦν ὕστερα ἀπὸ σ φ ὀ ρ ὀ κ λ ε ι σ τ ὀ θ ω ρ α κ ο κ ο ι λ ι α κ ὀ τ ρ α υ μ α τ ι σ μ ὀ. Κατὰ τὸν Lortat - Jacob πιστεῦεται ὅτι στοῦν τραυματισμὸ προκαλεῖται ρῆξη τῶν μεμβρανωδῶν ἀνατομικῶν στοιχείων τῆσ οἰσοφαγοκαρδιακῆσ περιοχῆσ, ἕξαιτίας τῆσ ἀπίοτημῆσ καὶ ἐντονησ ἀξέθησ τῆσ ἐνδοκοιλιακῆσ πίεσησ πού ἀναπτύσσεται κατ' αὐτόν. Γι' αὐτό συνηγορεῖ ἡ ἐμφάνιση συμπτωματολογίασ γαστροοισοφαγικήσ παλινδρόμησησ εὐθύσ μετὰ τὸν τραυματισμὸ.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΚΗΛΩΝ. Ἡ συχνότητα τῶν κηλῶν τοῦ οἰσοφαγικοῦ τμήματοσ εἶναι μ ε γ ἄ λ η. Ἡ ἀκριβῆσ ἐκτίμησή τῆσ εἶναι ἀρκετὰ δύσκολη, γιὰτί ἐπηρεάζεται ἀπὸ τὴ φύση τῶν διαφόρων στατιστικῶν (παθολογικῶν κλινικῶν, χειρουργικῶν κλινικῶν, ἀκτινολογικῶν ἐργαστηρίων). Ἐτσι ὑπολογίστηκε σὲ ποσοστό ἀπὸ 8,5% μὲχρι 12,5% σὲ ἀρρώστοουσ πού ὑποβλήθησαν εἴτε σὲ ἀκτινολογικὸ ἐλεγχὸ γιὰ π ε π τ ι κ ῆ σ β ι α τ α ρ α χ ῆ σ, εἴτε γιὰ ἐ π ὠ δ υ ν ο ἐ π ι γ α σ τ ρ ι κ ὸ σ ὦ ν δ ρ ο μ ο, εἴτε τέλος στὴ συστηματικὴ ἀκτινολογικὴ ἀναζήτηση τῶν κηλῶν. Οἱ κήλεσ τοῦ οἰσοφαγικοῦ τμήματοσ σ υ ν α γ ω ν ῖ ζ ο ν τ α ι σὲ συχνότητα τίσ πιὸ συχνῆσ "ἐ π ι γ α σ τ ρ ι κ ῆ σ πα θ ῆ σ ε ι σ", ὅπωσ χ ο λ ο λ ι θ ῖ α σ η 18%, γ α σ τ ρ ο δ ω δ ε κ α δ α κ τ υ λ ι κ ὸ ἔ λ κ ο ς 13% καὶ πού σύμφωνα μὲ τὸν Debroy ἀποτελοῦν τὴν πιὸ συχνὴ νόσο τοῦ στομάχου ὕστερα ἀπὸ τὴ γαστρίτιδα.

ΦΥΛΟ. Ἐν ληφθοῦν ὑπόψη οἱ κήλεσ τοῦ οἰσοφαγικοῦ τμήματοσ μόνο στοῦσ ἐνήλικεσ, τότε ἡ ὑ π ε ρ ο χ ῆ σ τίσ γυναίκεσ εἶναι σ α φ ῆ ς. Ἐτσι αὐτέσ καλύπτουν κατὰ τὸν Mouchet 62% ἐνῶ κατὰ τὸν Barzaya 66%. Σὲ 482 περιπτώσεισ κηλῶν τοῦ Συγγραφέα τὸ ποσοστό ἦταν 55,4%.

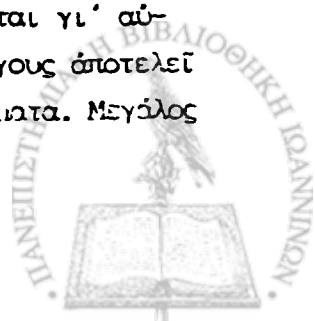
ΗΛΙΚΙΑ. Ἡ πιὸ μεγάλη συχνότητα τῶν κηλῶν τοποθετεῖται ἀνάμεσα στὰ 50 καὶ 70 χρόνια τῆσ ἡλικίασ. Στὴν 20ετία αὐτὴ τῆσ ζωῆσ καὶ σχετικὰ μὲ τὸ φύλο ἡ συχνότητα καλύπτει ποσοστό 51% καὶ στίσ γυναίκεσ 75%. Ἀντίθετα σὲ νέα ἐνήλικα άτομα ἡ κήλη τοῦ οἰσοφαγικοῦ τμήματοσ εἶναι πιὸ συχνὴ στοῦσ ἀνδρεσ παρά στίσ γυναίκεσ.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ. Πρέπει ἀπὸ τὴν ἀρχὴ νὰ τονιστεῖ ὅτι στὴ μορφή τῆσ κατ' ἐπολίσθησ κήλησ τοῦ οἰσοφαγικοῦ τμήματοσ ἡ κλινικὴ σημειολογία ἀφείλεται β α σ ι κ ἄ σ τὴ γ α σ τ ρ ο ο ι σ ο φ α γ ι κ ῆ π α λ ι ν δ ρ ὀ μ η σ η, ἐνῶ ἡ " μ η χ α ν ι κ ῆ " ἀπὸ τὴν κήλη συμπτωματολογία



χαρακτηρίζει τις παραοισαγαγικές. Τα σπουδαιότερα κλινικά σημεία είναι:

1. ΕΠΙΓΑΣΤΡΙΚΟ ΑΛΓΟΣ. Πρόκειται για τό πιο συχνό σύμπτωμα πού βρίσκεται σε ποσοστό 63% περίπου των κηλών. Έντοπίζεται ψηλά στο έπιγάστριο ή πίσω από την ξιφοειδή άπόφυση, πιο σπάνια κάτω από τό άριστερό πλευρικό τόξο και σε μέτρια ένταση. Ύποκειμενικά έκδηλώνεται σαν έπιγαστρικό κάψιμο, άπλή "στενοχώρια", σπασμό ή συσφιγκτικό αίσθημα και τέλος πιο σπάνια σαν νυγμώδες άλγος. Έπεκτείνεται πάντοτε προς τά έπάνω, στην περιοχή πίσω από τό στερόνο, άνάμεσα από τις ώμοπλάτες και τους ώμους, στη βάση του τραχήλου, στο φάρυγγα, στις περιοχές των αύτιών, στις μαστοειδεϊς άποφύσεις, κάποτε στο στερνοκλειδομαστοειδή μύ, στους μασπητήριους μύες και τέλος στη γλώσσα. Έμφανίζεται συνήθως όρισμένο χρόνο από τή λήψη τροφής, μερικές φορές όμως ή έκλυσή του είναι άστατη και άσκετά άνώμαλη. Ή διάρκειά του ποικίλει και είναι διαλείπουσα στις πιο πολλές περιπτώσεις, στιγμήαία ή παρατείνόμενη για μία ως δύο ώρες. Όπωςόποτε δεν έχει περιοδικότητα τόσο στο 24ωρο όσο και στο χρόνο και ή εξέλιξή του είναι εύμετάβλητη. Πολύ συχνά έκδηλώνεται με μεγάλη ένταση τις πρώτες μεταμεσονύχτιες ώρες. Οί διαλείπουσες κρίσεις έμφανίζονται σχεδόν σε καθορισμένες ώρες, διαφέρουν από τις άνάλογες της γαστρίτιδας, στις όποιες ο στόμαχος είναι σταθερά εύαίσθητος παρά τις παραλλαγές του άλγους. Ή έπίδωξη αυτή κρίση συχνά παρέρχεται με άποβολή μικρής ποσότητας (μιάς γουλιās) όξινο υγρού ή υγρού με άσυνήθιστη γεύση, άλμυρή ή μεταλλική, στυφή. Στα αίτια πού εύνοουν τήν έκλυση του άλγους σημαντική θέση κατέχουν ψυχοσυγκινησιακές καταστάσεις και μάλιστα σε τέτοιο βαθμό, ώστε ο άρρωστος νά θεωρεί τό άλγος σά συνέπεια της ψυχικής και συγκινησιακής συμπίεσης. Στις γυναίκες όταν υπάρχει σύνδρομο υπερθυλακιναιμίας, τό άλγος είναι πιο συχνό, κάποτε μάλιστα άποκλειστικά στην προεμνηροοϊκή περίοδο, όποτε θεωρείται σαν άσχετο και άνεξάρτητο από διαιτητικά αίτια. Όταν με τήν κήλη υπάρχει και βαθμός οίσοαγίτιδας στά έκλυτικά αίτια του άλγους πολύ συχνά περιλαμβάνονται διαιτητικοί παράγοντες. Ή λήψη όξινων τροφών, οίνοπνευματούχων ποτών, γλυκισμάτων και μελιού, δυνατοϋ καφέ ή και ή λήψη κοινών φαρμάκων (άσπιρίνη), ένοχοποιούνται για αυτό. Ίδιαίτερης κλινικής σημασίας έκλυτικό παράγοντα του άλγους άποτελεί ή λήψη ρουφημάτων άνάμεσα ή ύστερα από τά γεύματα. Μεγάλος

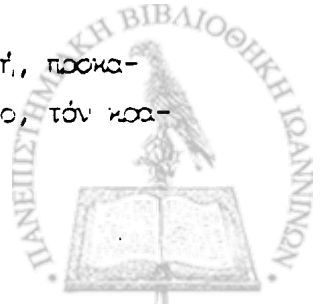


αριθμός τέτοιων άρρώστων παραμένει πιστός στη λήψη τους για τη "διευκόλυνση" της πέψης, συνήθεια που θεωρείται άδύνα αν όχι εύεργετική, γιατί δίδεν μειώνει τό άίσθημα του γαστρικού φόρτου. Στο ιστορικό τέτοιων άρρώστων πρέπει πάντοτε νά αναζητείται ή συνήθεια αυτή, άφοϋ ή λήψη ροφημάτων, κατά κύριο λόγο τίς βραδυνές ώρες, που αύξάνουν τόν όγκο τών υγρών του στομάχου, διευκολύνει τήν παλινδρόμηση, γεγονός τό όποιο χρησιμοποιείται στην άκτινοκινηματογραφική έρευνα (μέθοδος γαστρικού σιφονίου του De Carvalho για τήν αναζήτηση γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης). Η διατήρηση της συνήθειας αυτής άκόμη και ύστερα από τή διάγνωση, μπορεί νά οδηγήσει σέ ά π ο τ υ χ ί α τή συντηρητική θεραπεία, έστω κι αν ό άρρωστος άποφεύγει τήν όριζόντια κατάκλιση τή νύχτα.

2. ΠΥΡΩΣΗ. Αύτή συνυπάρχει μέ τό έπιγαστρικό άλγος σ χ ε δ ό ν π ά ν τ ο τ ε σέ οίσοφαγίτιδα, πιά λιγότερο συχνά όμως σέ κήλη του οίσοφαγικού τρήματος, που δέν έχει αξιόλογη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Έκδηλώνεται σάν ό π ι σ θ ο σ τ ε ρ ν ι κ ό κ ά ψ ι μ ο, άνερχόμενο στη διαδρομή του οίσοφάγου και συνοδεύεται πολύ συχνά μέ άναγωγές μέχρι τό φάρυγγα υγρών μέ γεύση όξινη, πικρή και στυφή. Τό κάψιμο αυτό άποτελεϊ τήν κλινική έκφραση όχι όμως και υποχρεωτική, ο ί σ ο φ α γ ί τ ι δ α ς, όπωσδήποτε όμως γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης της όποίας άποτελεϊ βασικό σημειολογικό στοιχείο. Οί κλασσικές άπόψεις για τήν παθογένεια της πύρωσης βασίζονται στον έ ρ ε θ ι σ μ ό του οίσοφαγικού βλεννογόνου από τό γαστρικό υγρό που παλινδρομεϊ, όμως είναι πολύ βέβαιο ότι πύρωση προκαλείται άκόμα και όταν υπάρχει άχλωρυδρία (έλλειψη υδροχλωρικού όξέος στο γαστρικό υγρό), ή παλινδρομεϊ χολή, γεγονότα που άναιροϋν τήν άποκλειστική έννοχή του HCl. Πύρωση τέλος μπορεί νά εκδηλωθεϊ μετά από διάταση του κατώτερου οίσοφάγου από διάφορα μηχανικά αίτια, όπως επίσης ύστερα από άπειθείας γρήγορη έγχυση στην περιοχή υγρών άκόμα και μή έρεθιστικών. Η επίδραση της θ έ σ η ς του αίματος στην έκλυση πύρωσης είναι πιά έκδηλη από ό,τι στο έπιγαστρικό άλγος. Αύτή είναι χαρακτηριστική σέ δύο περιπτώσεις:

α) Στην πρόσ τά έμπρός κάψιμη του κορμού (έ π ί κ υ ψ η), όποτε έκλύεται επώδυνο κάψιμο που άνέρχεται όπισθοστερνικά και έξαφανίζεται μέ τήν έπιαναφορά του αίματος στην όρθια θέση (σημείο του Hillebrand τών κορδονιών υποδημάτων). Τοϋτο προκαλεϊ σημαντικές δυσχέρειες στην έξάσκηση όρισμένων επαγγελμάτων, όπου είναι υποχρεωτική ή συχνή επίκλιση, όπως στις άγροτικές άσχολίες, στη βιομηχανία κ.λ.π. Η πύρωση από επίκλιση έχει μικρή διάρκεια, είναι έντονη αλλά παροδική και γι' αυτό δέν είναι και σοβαρή.

β) Η κατάρκλιση κατά κύριο λόγο ή νυχτερινή, προκαλεϊ έκλυση πύρωσης μεγάλης έντασης ή όποια ξυπνάει τόν άρρωστο, τόν κο-



τάει άύπνο και έτσι τελικά έπιδρά στην γενική του κατάσταση. Συχνά άπο-
τελει χαρακτηριστικό κλινικό σημείο, ένδεικτικό για τίς πεπτικές άλλοι-
ώσεις του οίσοφαγικού βλεννογόνου. Πύρωση μπορεί επίσης νά έκλύεται σε
πρηνή κατάλιση όπως και σε πλάγια, πίο σ υ χ ν ά δ ε ξ ι ά. Στο ι-
στορικό ο προσδιορισμός τής έλεκτικής θέσεως πού έκλύει τήν πύρωση
έχει έξαιρετικό ένδιαφέρον για τήν άκτινολογική έρευνα άναζήτησης τής
γαστροοίσοφαγικής παλινδρόμησης. Ή έπίδραση τής θέσεως του αίματος
στην νυχτερινή κατάλιση ύποχρεώνει τόν άρρωστο νά κατακλίνεται σε μισο-
καθιστική θέση και νά χρησιμοποιεί γι' αυτό τρία ή και περισσότερα μα-
ξιλάρια. Πιο μεταγενέστερες κρίσεις πύρωσης πού συνοδεύονται μέ όξινες
άναγωγές ύποχρεώνουν τόν άρρωστο νά έγερθεϊ και για χρονικό διάστημα νά
βηματίζει. Έχει ιδιαίτερο ένδιαφέρον νά σημειωθεϊ ότι τίς στιγμές αυ-
τές ή πύρωση όπως και τό έπιγαστρικό άλγος σε μικρότερο βαθμό ύποχωρούν
μέ τή λήψη ά λ κ α λ ι κ ω ν, γ ά λ α κ τ ο ς, κ ρ ύ ο υ ν ε ρ ο υ,
κάποτε ζ ά χ α ρ η ς. Άρκετά συχνά ή ύρεση τής πύρωσης έπιτυγχάνεται
μέ τή άργή μάσηση παξιμαδιού ή μπισκότου, όμοια μέ ό,τι παρατηρεϊται
στό άλγος του έλκους του δωδεκαδακτύλου. Ή α ύ ξ η σ η τ η ς έ ν -
δ ο κ ο ι λ ι α κ η ς π ι έ σ ε ω ς άπό ζώνη των κοιλιακών τοιχωμά-
των, άπό μ υ ι κ ή π ρ ο σ π ά θ ε ι α (σήκωμα βάρους κ.λ.π.), άπό
β ή χ α, δ υ σ κ ο ι λ ι ό τ η τ α, π ί ε σ η στην περιοχή τής ξιφο-
ειδοϋς άπόφυσης, τέλος δέ άπό λήψη έρεθιστικών τροφών και υγρών (ο ί -
ν ο π ν ε υ μ α τ ώ δ η ποτά, τ σ ά ι, κ α φ έ ς, τροφές μέ καρικεύμα-
τα) όπως και άπό τό κ ά π ν ι σ μ α.

3. ΑΝΑΓΩΓΕΣ. Αύτές χαρακτηρίζονται άπό τήν άκούσια άνοδο μέχρι τό φά-
ρυγγα και τό στόμα μικρής ποσότητας (μία ως δύο γουλιές) υγρών, πίο
άσυνήθιστα τροφών, πού προέρχονται άπό τό στόμαχο, πίο σπάνια άπό τόν
οίσοφαγό. Δέν πρόπει νά συγγέονται μέ τούς έμετούς άπό τούς όποιους δια-
κρίνονται άπό τήν ά π ο υ σ ί α ν α υ τ ί α ς, τή μικρή ποσότητα τρο-
φών ή υγρών όπως και άπό τήν εύχέρεια μέ τήν όποία συμβαίνουν, χωρίς
δηλαδή προσπάθεια και συμμετοχή των κοιλιακών τοιχωμάτων. Συνοδέουσι
σχεδόν πάντοτε τήν πύρωση, έχουν ό ξ ι ν η π ι κ ρ ή, σ τ υ φ ή γεύ-
ση και δέν προδικάζουν οίσοφαγίτιδα έκτός άν στό περιεχόμενό τους βρί-
σκονται στοιχεϊα αίματος. Κήλες μέ άναγωγές και πύρωση στην άκτινολο-
γική έξέταση έχουν σημαντικού βαθμού γαστροοίσοφαγική παλινδρόμηση.

4. ΕΡΥΓΕΣ. Πρόκειται για άκούσια ή αυτόματη έπιστροφή άέρα άπό τόν
στόμαχο στό στόμα, πού έπέρχεται στό τέλος τής έπίδυνης κρίσης, όπως
ύστερα άπό τή λήψη πλούσιου γεύματος. Στίς κήλες είναι έ ξ α ι ρ ε -
τ ι κ ά έ ν ο χ λ η τ ι κ έ ς και πάρα πολύ συχνές. Μπορεϊ
νά άποτελοϋν τό κυρίαρχο σύμπτωμα, ιδιαίτερα στίς κήλες μέ έντονη άερ-
ραγία.



5. ΠΕΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΙΣ. Αύτες έκδηλώνονται είτε σά βάρος στό έπιγάστριο, ύστερα από τή λήψη τροφής, είτε σάν καθυστερημένη πέψη μέ επίχριστη γλώσσα. Συχνά συνοδεύονται μέ ναυτία και λόξιγγα. Τονίστηκε ή σημασία τής "άεραφαγίας", δυσπεπτικῶν δηλαδή φαινομένων μέ λόξιγγα, χασμουρητά και έρυγές, οι όποιες και άνακουρίζουν τελικά τόν άρρωστο. Έμετοί σπάνια παρατηρούνται σέ ενήλικες, ένῶ αντίθετα άποτελούν σημαντικό κλινικό στοιχείο στό παιδιά.

6. ΔΥΣΦΑΓΙΑ. Μέ τόν όρο αυτό χαρακτηρίζεται κάθε δυσκολία στην κατάποση τροφής μέχρις ότου νά διέλθει αύτή στό στόμαχο. Άποτελεϊ τό πιό συχνό σύμπτωμα τών νόσων τοῦ οίσοφαγίου, ένῶ στίς κήλες παρατηρεϊται ποσοστό μέχρι 20% περίπου τών περιπτώσεων. Έκφράζει τήν ύπαρξη άπλης οίσοφαγίτιδας, μέ σπασμό τοῦ οίσοφαγίου. Μερικές φορές έπιτείνεται προοδευτικά, ένῶ άλλες παίρνει χαρακτήρα περιοδικότητας.

Σέ περιπτώσεις άρκετές έπέρχεται κατά κρίσεις, ένῶ σέ άλλες εισβάλλει όξέως, τή στιγμή τής λήψης τροφής και συνοδεύεται μέ αίσθημα συσφιγκτικό και έπίτονη πνιγμονή. Πιό σπάνια έγκαθίσταται μέ τή λήψη τοῦ πρώτου βλωμοῦ τροφής για νά έξαφανιστεϊ γρήγορα στή συνέχεια. Άντίθετα μέ τή γενική έντύπωση δέν είναι πάντα εύκολη ή διαπίστωση τής δυσφαγίας κατά τή λήψη τοῦ ιστορικοῦ. Άλλες φορές περιγράφεται αύθόρητα σάν αίσθημα στάσεως τοῦ βλωμοῦ στόν τράχηλο ή στόν θώρακα άλλες όμως αύτή είναι προφανής παρά τήν άδυναμία περιγραφής της όταν μάλιστα ή έντασή της είναι ήπια. Όχι σπάνια δέν αναφέρεται καν ένῶ αντίθετα οι άρρωστοι περιγράφουν μέ λεπτομέρειες τίς δυσπεπτικές διαταραχές. Έτσι πρέπει συστηματικά νά αναζητεϊται από τούς άρρώστους. Η δυσφαγία μπορεί νά συνοδεύεται όχι σταθερά από αύξημένη έκκριση σάλιου, άναγωγές, άλγη στή ράχη ή όπισθοστερνικά, πού έπέρχονται στή δίοδο τών τροφῶν (έπωδυνη δυσφαγία) ή άκόμη και άνεξάρτητα από τή λήψη τροφής.

7. ΠΡΟΚΑΡΔΙΑ ΑΛΓΗ. Έχει ύπολογιστεϊ ότι προκάρδια άλγη ύφίστανται σέ ποσοστό 10% περίπου και κατά άλλους 15% μέ κήλη τοῦ οίσοφαγικοῦ τμήματος. Τά άλγη σθηθαγχικοῦ τύπου σέ κήλη τοῦ οίσοφαγικοῦ τμήματος άπετέλεσαν άντικείμενο συστηματικῆς μελέτης. Τά συσφιγκτικά προκάρδια άλγη πού ύποκρίνονται σθηθάγη και έντοπίζονται κατά κανόνα χαμηλά, κοντά στην περιοχή τής κορυφής τής καρδίας και έπεκτείνονται στόν άριστερό βραχίονα και τούς μαστηρούς μύες, έκδηλώνονται στην κατάκλιση ή στην έπίκυψη, πάντοτε δέ ύστερα από τά γεύματα. Μπορεϊ νά συνοδεύονται μέ άχρότητα τοῦ προσώπου, ιδρώτες, σκοτοδίνη, βούϊσμα τών αύτιῶν, ώταλγία, ύπέταση και διαταραχές τοῦ καρδιακοῦ ρυθμοῦ. Δέν εκλύονται ύστερα από



προσπάθεια, ή δοκιμαστική λήψη τρινιτρίνης δέν τά έπηρεάζει καί τό ήλεκτροκαρδιογράφημα δέν έχει άλλουώσεις. Οί διαγνωστικές δυσχέρειες είναι εύνόητες όταν ληφθεί υπόψη ότι πραγματική σπληδαγγη μπορεί νά μή δίνει ήλεκτροκαρδιογραφικές άλλουώσεις κι αντίθετα κήλες του οίσοφαγικού τμήματος νά συνοδεύονται μέ ήλεκτροκαρδιογραφικά στοιχεία στεφανιαίας ανεπάρκειας. Όποσδήποτε τό διαγνωστικό πρόβλημα στις σπληδαγγικές μορφές κήλης του οίσοφαγικού τμήματος είναι από τά πιό δύσκολα. Τρία ένδεχόμενα αντιμετωπίζονται τότε:

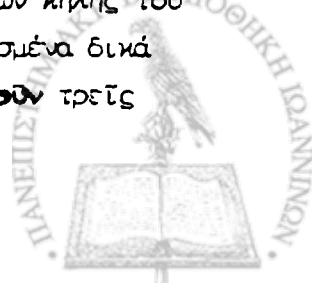
- α) Σ υ μ π τ ω μ α τ ι κ ή σ υ ν ύ π α ρ Ξ η στεφανιαίας νόσου καί κήλης του οίσοφαγικού τμήματος.
- β) Ε ύ θ ύ ν η τ η ς κ ή λ η ς στην έκλυση τών διαταραχών τών στεφανιαίων, άπαψη πού ένισχύεται από τό γεγονός της έξαφάνισης αύτών μαζί μέ τίς ήλεκτροκαρδιογραφικές άλλουώσεις, ύστερα από τή χειρουργική θεραπεία της κήλης.
- γ) Ή κήλη του οίσοφαγικού τμήματος ε ύ ν ο ε ι τή σπληδαγγική κρίση σέ συνυπάρχουσα στεφανιαία νόσο, γεγονός πού δικαιολογεϊ τόν χαρακτηρισμό έ π ι π λ ε γ μ έ ν η σ τ η θ ά γ χ η καί πού θεωρεϊται σάν ή πιό πιθανή έκδοχή.

8. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ. Αύτά παρατηρούνται σέ ποσοστό 20% περίπου τών περιπτώσεων. Αναφέρονται:

- α) Μέτριου βαθμού δ ύ σ π ν ο ι α, ύστερα από τά γεύματα ή στην προσπάθεια επίκυψης ή στην κατάλιση. Συνοδεύει συχνά σημειολογία γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης.
- β) Π α ρ ο Ξ υ σ μ ι κ ό ς β ή χ α ς στην κατάλιση, ιδιόμορφος, πού υποχρεώνει τόν άρρωστο σέ καθιστή θέση ή νά σηκωθεί από τήν κλίνη του. Ή βήχας συνυπάρχει μέ πύρωση καί άποδίδεται στην κατά τήν γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση είσοδο μερικών σταγόνων γαστρικού ύγρου στό λάρυγγα καί τήν τραχεία.
- γ) Σ υ μ π τ ω μ α τ ι κ ή φ α ρ υ γ γ ί τ ι δ α έ ξ α ι ρ ε τ ι κ ά σ υ χ ν ή. Τό σύνδρομο της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης έρμηνεύει τήν ύπαρξη της φαρυγγίτιδας αύτης, πού άφείλεται σέ τοπικό έρεθισμό καί καλύπτει ποσοστό 60% τών περιπτώσεων. Ή φαρυγγίτιδα άρχικά είναι ρυθμική, μέ έπώδυνες περιόδους καί πού στή συνέχεια έξελίσσεται αύτοτελώς. Συνοδεύεται συχνά μέ ώ τ α λ γ ί α ά ρ ι σ τ ε ρ ά.

ΑΝΑΤΟΜΟΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΗΛΩΝ

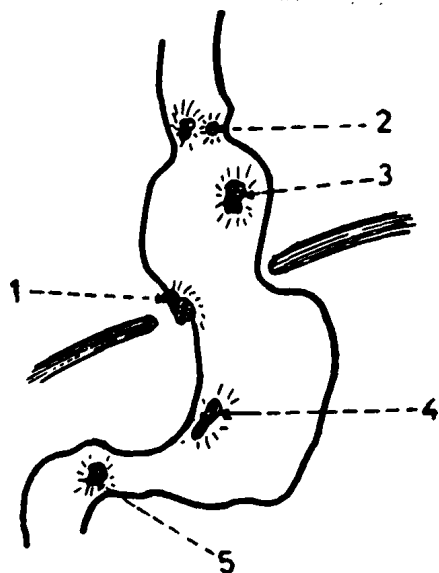
Ή γενική σημειολογία όπως αναφέρθηκε πιό πάνω, δέν βρίσκεται ολοκληρωμένη καί τυπική στην κλινική εικόνα τών διαφόρων μορφών κήλης του οίσοφαγικού τμήματος. Κάθε ανατομικός τύπος κήλης έχει άρισμένα δικά του χαρακτηριστικά κλινικά σημεία. Έτσι μπορεί νά διακριθούν τρεις



μορφές:

1. Κήλες κατ' έπολίσηση. Η σημειολογία τους χαρακτηρίζεται από άλγη στο έπιγάστριο, πύρωση και άναγωγέε, σημετα που έρμηνεύουν γαστροοισοφαγική παλινδρομήση έξαιρετικά συχνή. Έρυγές και δυσπεπτικές διαταραχές άπαντοϋν συχνά, ένω η δυσφαγία δέν είναι σπάνια. Μικρές κήλες όπως και "διαλείπουσες" συχνά είναι έπωδυνες, γεγονός που τίς κάνει δύσκολα άνεκτές. Σημετα από τό προκάρδιο δέν άνευρίσκονται παρά μόνο στίς μεγάλες και πιο πολύ στίς μη άνατάξιμες κήλες. Οί έπιπλοκές άφείλονται κατά κύριο λόγο στήν οίσοφαγίτιδα και συνίστανται σε έλκώσεις, οίσοφαγικό έλκος, πεπτική στένωση του οίσοφαγού κ.λ.π.

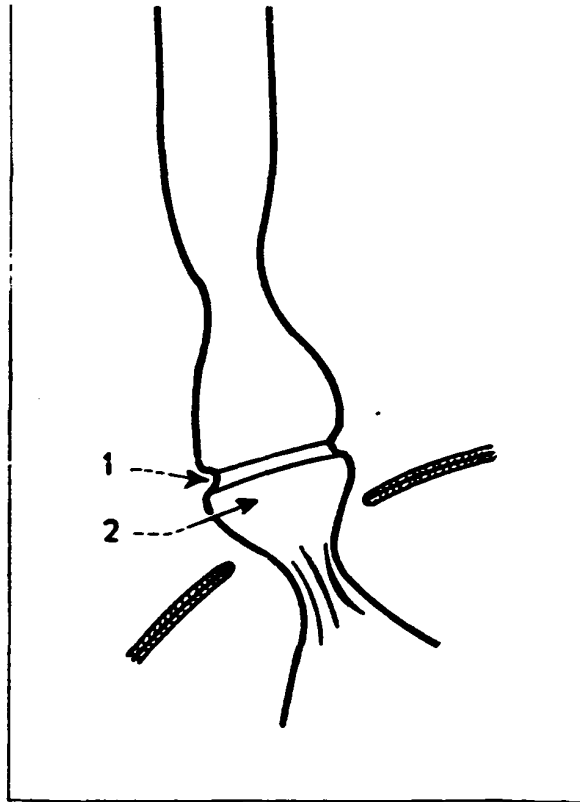
2. Κήλες παραοισοφαγικές. Σ' αυτές δέν παρατηρείται γαστροοισοφαγική παλινδρομήση, άναγωγές και πύρωση. Αντίθετα η σημειολογία χαρακτηρίζεται από έπιγαστρικά άλγη, έρυγές, δυσπεπτικές διαταραχές, όπως και συχνά σημετα από την καρδία και τό άνασπνευστικό σύστημα. Άξιοσημείωτη είναι μερικές φορές η πενιχρότητα τής κλινικής σημειολογίας παρά τό σημαντικό μέγεθος τέτοιας κήλης. Από τίς έπιπλοκές μπορεί οί κήλες αυτές νά έμφανίσουν συστροφή του στομάχου (volvulus) και έξαιρετικά σπάνια περίσφυξη αυτού. (έκ. 41)



έκ. 41

- 1 Έλκος του σύχένα
- 2 Έλκος οίσοφαγού
- 3 Έλκος τής κήλης
- 4 Έλκος έλσσα. τόξου στομάχου
- 5 Έλκος 12/δακτύλου





1 Σχηματική αναπαράσταση οίσοφα-
γιού δακτυλίου.

2 Μικρή κήλη του οίσοφαγικού τρή-
ματος

3. Κήλες μικτές. Ἡ ἀσυνήθιστη σχετικά μορφή αὐτῆ κήλης τοῦ οἰσοφαγικοῦ τρήματος χαρακτηρίζεται γενικά ἀπὸ τὴν κλινικὴ σημειολογία τῶν κηλῶν, ὅπως ἀναφέρθηκε στὰ προηγούμενα.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ: Σ' αὐτές περιλαμβάνονται ἡ οἰσοφαγίτιδα, ἡ ἀναίμια, οἱ αἱμορραγίες, οἱ περιφερικὲς θρομβοφλεβίτιδες, ἡ συστραφή τοῦ στομάχου καὶ ἡ περίσφιξη αὐτοῦ. Ἡ συχνότητα τῶν ἐπιπλοκῶν εἰδικά ἀπὸ τὸν οἰσοφάγον ἀνέρχεται σὲ ποσοστὸ 20% περίπου. Ὅλοι ἐπιμένουν γιὰ τὴν πιὸ μεγάλη συχνότητα αὐτῶν σὲ ἄνδρες καὶ σὲ σχετικὰ προχωρημένη ἡλικία, γύρω στὰ 60 χρόνια.

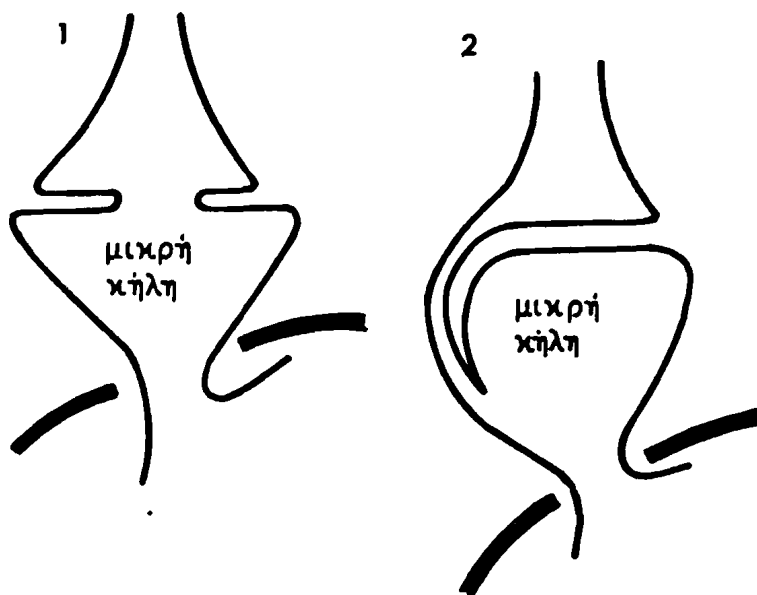
ΔΑΚΤΥΛΙΟΙ ΤΟΥ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Μὲ τὸν ὄρο αὐτὸ χαρακτηρίζονται ἀνωμαλίες στὴν περιοχὴ αὐτῆ τοῦ οἰσοφάγου, πού εἶναι γνωστὲς καὶ ὡς δακτύλιοι τοῦ Schatzki, καὶ πού χαρακτηρίζονται ἀπὸ σὺνδρομο δυσφαγίας, σχετιζόμενο μὲ ἀκτινολογικὴ εἰκόνα στένωσης τοῦ κατώτερου οἰσοφάγου. Ἡ συνύπαρξη τέτοιων δακτυλίων μὲ κήλες τοῦ οἰσοφαγικοῦ τρήματος εἶναι παραδεκτὴ ἀπὸ τὴν πλειονότητα τῶν συγγραφέων, ἐνῶ ἡ ἕψη των ἀποτελεῖ ἀκόμα ἀντικείμενο συζητήσεων καὶ ἐρευνῶν. (ἐκ. 42)



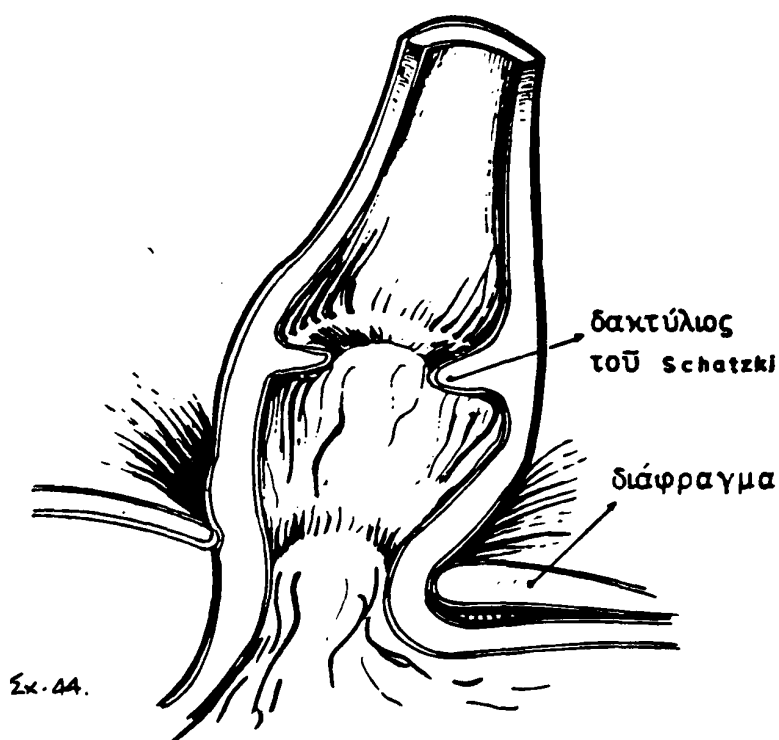
Ἡ κλινική σημειολογία τοῦ κατώτερου οἰσοφάγου χαρακτηρίζεται ἀπὸ παροξυσμική δυσφαγία, πού ἀκολουθεῖται ἀπὸ περιόδους ἀπόλυτης ἡρεμίας. Ἡ δυσφαγία αὐτή, ἀπότοκη εὐκαμπτου δακτυλίου, πού δέν συστέλεται, μέ σταθερὴ διάμετρο, ἐκδηλώνεται κάθε φορά πού ὁ βλιμὸς εἶναι σχετικὰ ὀγκώδης, πιοὺς μεγάλος ἀπὸ τὴν διάμετρο τοῦ δακτυλίου ἢ ἔχει στερεὰ σύσταση. Σύμφωνα μέ τόν Lortat - Jacob ἡ δυσφαγία ἐκδηλώνεται ὅταν ἡ διάμετρος τοῦ δακτυλίου εἶναι πιοὺς μικρὴ ἀπὸ 3-5 m.m. ἀνάλογα βέβαια μέ τό άτομο. Ὁ Schatzki θεώρησε τό κριτικὸ ὄριο τῆς διαμέτρου σέ 12 m.m. κάτω ἀπὸ τό ὅποιο ἡ δυσφαγία εἶναι πάντοτε σταθερή, μετωκὺ 12 καί 20 m.m. συχνή καί σέ πιοὺς μεγάλη ἀπὸ 20 σπάνια. Ἡ δυσφαγία ἐκδηλώνεται ἢ ἐπιτείνεται μέ τὴν λήψη στερεῶς τροφῆς (κρέας ἢ ψεμί) πού δέν μασᾶται καλά, οἰνοπνευματωδῶν ποτῶν ἢ μέ τὴν εὐκαιρία κάποιας συγκίνησης. Μικρὴ ποσότητα νεροῦ πού λαμβάνεται συχνά στή διάρκεια τοῦ φαγητοῦ τὴν μειώνει ἢ τὴν ἐξαφανίζει. (Σκ. 43)

Ὁ δακτύλιος ἐντοπίζεται κατὰ μέσο ὄρο 4-5 ἐκ. πιοὺς πάνω ἀπὸ τό διάφραγμα καί διαφέρει ὑποχρεωτικά, ἀνάλογα μέ τό μέγεθος τῆς κήλης κατ' ἐπολίσθηση τοῦ οἰσοφαγικοῦ τμήματος, πού συνυπάρχει σταθερά. Ἐχει ὅλη λεπτιῆς μεμβράνης, λεῖα, ὄχι συσταλτιῆς, ὁμόκεντρος μέ τόν αὐλό τοῦ οἰσοφάγου, σταθερῆς διαμέτρου.



Σκ. 43 1 Ψευδοδακτυλιοειδῆς ὄψη τοῦ κατώτερου οἰσοφάγου σέ μικρὴ κήλη (κατὰ μέτωπο)
2 Σέ λοξή προβολή (σύμφωνα μέ τόν Monges & Suv)





Τό πάχος της κυμαίνεται από 2-4 εκ. και δέν υπερβαίνει τά 5-6 εκ. Ἡ μεμβράνη αὐτή φέρεται κάθετα στόν ἐπιμήκη ἀξονα τοῦ οἰσοφάγου καί ἀνευρίσκεται στίς ἐπανελημένες ἀκτινολογικές ἐξετάσεις. Στήν ἀκτινοκινηματογραφική διερεύνηση ἐπιβεβαιώνεται ἡ σταθερότητα τοῦ δακτυλίου, ἡ ἀπουσία τῆς συστατικότητος καθώς καί τῶν λοιπῶν ἀκτινολογικῶν στοιχείων, ὅπως καί ἡ διακοπή τῶν περισταλτικῶν κυμάτων τοῦ οἰσοφάγου πάνω ἀπό αὐτόν. (Σκ. 44)

ΚΗΛΕΣ ΜΑΖΙ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ.

α) Οἰσοφαγογαστρικός ἐγκολεασμός. Σ' αὐτόν τό κάτω ἄκρο τοῦ οἰσοφάγου ἐγκολεάζεται στήν κήλη. Ἐκδηλώνεται μέ διαλείπουσα δυσφαγία, πού ἀνταποκρίνεται στίς φάσεις τοῦ ἐγκολεασμοῦ. Πρόκειται στήν πραγματικότητα γιά λειτουργική ἀνωμαλία ἡ ὁποία ἀποτελεῖ βασικό ἀκτινολογικό εὔρημα παρά ἐπιπλοκή.

β) Γαστροδωδεκαδακτυλικό ἔλκος. Ἡ συνύπαρξή του μέ κήλη θεωρεῖται ἀρκετά συχνή. Ὁ Συγγραφέας σέ 482 κήλες πού χειρουργήθηκαν βρῆκε ποσοστό 4,4%.

γ) Χολολιθίαση πού συνυπάρχει ἀρκετά συχνά. Στήν ἴδια στατιστική τοῦ Συγγραφέα ὑπολογίστηκε σέ ποσοστό 10%.



δ) Κ α ρ κ ί ν ο ς κ α ί κ ή λ ε ς. Μέ βάση νέα στοιχεία προερχόμενα από τη Σχολή του Lortat - Jacob η συνύπαρξη αυτή έκτιμήθηκε μεταξύ 10 και 20%.

ΚΑΡΔΙΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΕΣ ΔΥΣΤΟΠΙΕΣ

Αυτές περιγράφηκαν για πρώτη φορά από τον Lortat - Jacob. Δέν είναι πραγματικές κήλες του οίσοφαγικού τμήματος μέ την αύστηρή έννοια, γιατί δέν παρατηρείται άνοδος του στομάχου από τό οίσοφαγικό τμήμα στό μεσοθωράκιο. Άντίθετα χαρακτηρίζονται από διαταραχές τής λειτουργικότητας τής οίσοφαγοκαρδιακής περιοχής και προκαλούν ποικίλης έντασης γαστροοίσοφαγική παλινδρόμηση, ή όποια άν και όχι υποχρεωτική είναι πολύ συχνή.

Ή κλινική σημειολογία αυτών είναι εκείνη τής γαστροοίσοφαγικής παλινδρόμησης. Μεμονωμένοι έμετοί, κάψιμο και άλγος κάτω από τήν ξιφειδή άπόφυση, άλγη στον τράχηλο και στους μαστήριους μύες όπως και προκάρδια τέτοια ή όποιοσπερνικά παρατηρούνται συχνά. Πύρωση, έπώδυνες άναγωγές και κοινή οίσοφαγίτιδα πού προοδευτικά επιδεινώνονται.

ΒΡΑΧΥΟΙΣΟΦΑΓΟΣ

1. Σ υ γ γ ε ν ή ς β ρ α χ υ ο ι σ ο φ ά γ ο ς: Αύτός επιφυλάσσεται για τίς έξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις, πού είναι άπότομες συνθέτων διαμαρτιών τής διάπλασης, και άποδίδεται σέ έμβρυολογική έκτροπή κατά τήν 5η και 6η έβδομάδα, όποτε επιφέρει διακοπή τής ανάπτυξης του θωρακικού οίσοφαγού στό ύμος του άορτικού τόξου, ένώ τό ύπολειπόμενο τμήμα του υποκαθίσταται από τμήμα του στομάχου. Τό ένδοθωρακικό αυτό τμήμα του στομάχου στερεϊται όρογόνου και άγγειώνεται από τή θωρακική άορτή. Άπό κλινική άποψη ό συγγενής βραχυοίσοφαγός δέν πρέπει νά συμπεριλαμβάνεται στις κήλες του οίσοφαγικού τμήματος.

2. Έ π ί κ τ η τ ο ς β ρ α χ υ ο ι σ ο φ ά γ ο ς. Ή μορφή αυτή καλύπτει τήν πλειονότητα τών περιπτώσεων. Ό πιο δόκιμος όρος, όπως προτάθηκε από τον Lortat - Jacob είναι βραχυνθείς οίσοφαγός, σάν πιο ένδεικτικός από τον πρώτο. Τά βασικά χαρακτηριστικά του είναι βράχυνση σέ ποικίλη έκταση, εύθύγραμμη πορεία, τμήμα του θόλου του στομάχου μέ τήν καρδιά μόνιμα μέσα στό μεσοθωράκιο, έξαφάνιση τής οίσοφαγοστροφικής γωνίας του His. Ή κλινική σημειολογία χαρακτηρίζεται και καλύπτεται από τήν αντίστοιχη τής γαστροοίσοφαγικής παλινδρόμησης καθώς και



από την σημειολογία της οίσοφαγίτιδας και των επιπλοκών της.

ΕΝΔΟ - ΒΡΑΧΥ - ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ.

Ο όρος οφείλεται στον Lortat - Jacob (1953) και έχει καθιερωθεί στη νοσολογία του οίσοφαγού. Συνώνυμοι όροι, πού χρησιμοποιήθηκαν κατά καιρούς, είναι ψευδοβραχυοισοφάγος, γαστροποιο-
ημένος οίσοφάγος, συγγενής βραχύς οίσο-
φάγος. Τά ανατομικά κριτήρια του ένδοβραχυοισοφαγού είναι:

- Άπουσία άνωμαλίας στην έξωτερική μορφολογία της οίσοφαγοκαρδιακής περιοχής.

- Ο κοιλιακός οίσοφάγος πιά πολύ ή λίγο άναπτυγμένος καθώς και ή άνατομική καρδία του στομάχου βρίσκονται στη φυσιολογική θέση τους.

- Τό μυϊκό σύστημα της οίσοφαγοκαρδιακής περιοχής δέν έχει άνωμαλίες, παρόλο πού έξαιτίας της φλεγμονώδους έπεξεργασίας από την οίσοφαγίτιδα, τά μυϊκά στρώματα του οίσοφαγού παρουσιάζουν σέ άλλοτε άλλη έκταση και ένταση ίνώδη διήθηση.

- Ο βλεννογόνος του κατώτερου οίσοφαγού είναι γαστρικού τύπου, έχει χρώμα ρόδινο, μέχρις έρυθρό μέ λίγες πτυχές. Η γραμμή συνέκωσης οίσοφαγικού και γαστρικού βλεννογόνου βρίσκεται άρκετά έκατοστά πιά πάνω από τό επίπεδο της ανατομικής καρδίας, είναι άνωμαλη, κολπώδης, όδοντωτή ή δαντελλοειδής, μέ μακρινές δακτυλοειδείς άποφύσεις, οι όποιες σέ έγκάρσια διατομή εύκολα, αλλά έσφαλμένα, έλλαιβάνονται σάν νησίδια έκτοπου βλεννογόνου.

ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

ΛΕΙΟΜΥΩΜΑΤΑ. Πρόκειται για άσυνήθιστους νεοπλασματικούς όγκους του οίσοφαγού, προερχόμενους από τίς λείες μυϊκές ίνες των τοιχωμάτων του και πού είναι όμως πιά συχνοί από όλους τους καλοήθεις όγκους του. Τά λειομυώματα είναι άρκετά σπάνιοι όγκοι και είναι ακόμη πιά λίγο συχνοί στον οίσοφαγο, σέ σχέση μέ άλλες έντοπίσεις τους στον πεπτικό σωλήνα. Καλύπτουν περίπου τό 70% των καλοήθων ένδοτοιχωματικών όγκων του οίσοφαγού και 50% περίπου του συνόλου των καλοήθων γενικά όγκων του. Από άποψη φύλου είναι πιά συχνά στους άνδρες και μάλιστα στους σχετικά νέους μεταξύ 30 και 50 χρόνων. Η πιά συχνή έντόπίσή τους είναι τά δύο κάτω τριτημόρια του οίσοφαγού και ή οίσοφαγογαστρική περιοχή.

Η κλινική σημειολογία δέν είναι χαρακτηριστική, ένω οι συνθήκες άποκάλυψης αύτών μπορούν νά διαφέρουν σημαντικά.



Στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει κλινικό οίσοφαγικό σύνδρομο, όπου κυριαρχεί η δυσφαγία, διαλείπουσα και συχνά έκλεκτικη για τις στερεές τροφές. Από τη στιγμή της εγκατάστασής της μέχρι την αποκάλυψη ακτινολογικά του λειομύϊματος, μπορεί να διαρρεύσει αρκετά μακρύ χρονικό διάστημα, κάποτε πολλών χρόνων. Πιό σπάνια μπορεί να υφίσταται όπισθοστερνικό άλγος και ακόμα πιό σπάνια πιεστικά φαινόμενα από την τραχεία και τους βρόγχους. Οι παρακλινικές εξετάσεις περιλαμβάνουν ακτινολογικό και ενδοσκοπικό έλεγχο του οίσοφάγου καθώς και ιστολογική εξέταση της βιοψίας. Το οίσοφαγογράφημα δείχνει εικόνα έλλειμματικής πλήρωσης του οίσοφάγου σάμισοφέγαρο, μέχειλη όμαλά ενώ πιό πάνω από τον όγκο μπορεί να είναι μέτρια και σέ μικρή έκταση διευρυμένος ο οίσοφάγος.

ΛΕΙΟΜΥΩΣΑΡΚΩΜΑ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Οι όγκοι αυτοί είναι σπάνιοι, κακοήθεις και ή συχνότητά τους καλύπτει ποσοστό 1,5% όλων των κακοήθων νεοπλασμάτων του οίσοφάγου. Βρίσκονται πιό συχνά στην 6η δεκαετία της ηλικίας, χωρίς ν' αποκλείεται η ανάπτυξή τους και σέ νέα άτομα. Μικρή ύπεροχή παρατηρείται στους άνδρες. Μπορεί να έντοπισθοϋν σ' οποιοδήποτε μέρος του οίσοφάγου, ύπερτεροϋν όμως σέ συχνότητα στό μέσο και κάτω τριτημόριο.

Η πολύ βραδεία και προοδευτικά έξελισσόμενη κλινική σημειολογία χαρακτηρίζεται βασικά από τη δυσφαγία, γεγονός πού όφείλεται στή βραδεία αύξηση του μεγέθους του όγκου. Ο οίσοφάγος διετείνεται σιγά σιγά κατά τρόπο πού να έξασφαλίζεται για μακρύ χρόνο ή βατότητά του. Για μεγάλο διάστημα ή γενική κατάσταση του άρρώστου διατηρείται γενικά καλή. Ορισμένοι Συγγραφείς τόνισαν τη σημασία του άλγους στό θώρακα και τό θεώρησαν σαν πρώϊμο κλινικό σημείο του λειομύϊματος.

Η ακτινολογική εξέταση δείχνει έλλειμματική εικόνα πολυλωβώδη, όμαλή, πού από πρώτη όψη ύπενθυμίζει κολοήθη όγκο. Ταυτόχρονα συνυπάρχει σκληρία και σχετική άκαμψία του κάποτε άνώμαλου οίσοφαγικού τοιχώματος, πού άντιστοιχεί άμεσα κάτω από τόν όγκο και πού είναι ύπτα στοιχεϊα.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Η συχνότητα αυτού παρουσιάζεται αύξημένη κατά τά τελευταϊα χρόνια. Στις Εύρωπαϊκές Χώρες και στην Άμερική άντιπροσωπεύει ποσοστό 2,5% πε-



ρίπου του συνόλου των καρκίνων. Από τους κοινήθεις όγκους του γαστρο-εντερικού σωλήνα 4% άφορούν στον οίσοφαγο, επίκεφαλής των οποίων έρχεται ο καρκίνος με ποσοστό μεγαλύτερο από 80%. Σ' όρισμένες χώρες, όπως είναι η Ίσπανία και η Κίνα, η συχνότητα είναι μεγαλύτερη από τό δι-πλασιασίο, πού αναφέρεται άλλου. Οι παραλλαγές σε σχέση με τή γεωγραφική κατανομή τής νόσου οδήγησαν στην ένοχοποίηση των διαφορών στον τροπό ζωής όπως και στις συνθήκες διατροφής.

Πρόκειται για πάθηση τής μεγάλης ηλικίας γενικά μετά τον 50 χρόνο και άφορα κατ'έξοχή στους άνδρες τους οποίους προσβάλλει σε ποσοστό 80 - 90%.

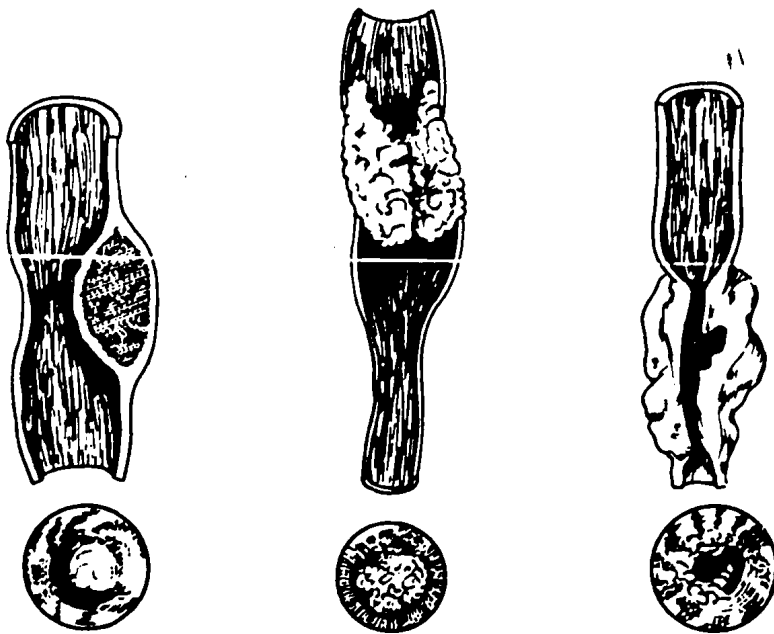
ΕΝΤΟΠΙΣΗ. Κατά προτίμηση έντοπίζεται στις 3 φυσιολογικά στενωμένες μοίρες του, τό άνω οίσοφαγικό στόμιο, τή βρογχοοίσοφαγική περιοχή και τον κατώτερο οίσοφαγο και καρδία του στομάχου. Ή κατανομή στις περιοχές αυτές είναι άνισότιμη, άφοϋ άνέρχεται στο άνω τριτημόριο σε 15-20% των περιπτώσεων, σε 50% στο μέσο και 30-35 % στον κατώτερο και τήν καρδία.

Ή επέκταση των νεοπλασμάτων του οίσοφαγου γίνεται κατά μήκος και βάθος, αλλά και με άπομακρυσμένες μεταστάσεις. Ή λεμφογενής επέκτασή του, οποιαδήποτε κι άν είναι η ιστολογική μορφή του, έχει άναμφισβήτητα τήν τάση νά διηθεϊτό λεμφικό σύστημα, πού στον οίσοφαγο μάλιστα δέν έχει συστηματική διάταξη. Τοϋτο συμβάλλει στην άκόμαλη και άπρόβλεπτη επέκτασή του. Όχι σπάνια βρίσκονται σε έπαφή με τον όγκο λεμφογάγγλια άθικτα, ένω άπομακρυσμένα είναι ήδη διηθημένα. Ή αιματογενής επέκτασή του είναι συχνή, γεγονός άλλωστε πού παρατηρείται σε καρκίνο όλων γενικά των όργάνων πού είναι προικισμένα με πλούσια φλεβική κυκλοφορία. Αϋτή παρατηρείται κατά τον Turner σε ποσοστό 30% περίπου των περιπτώσεων. Έκλεκτικά παρατηρούνται στο ήπαρ αλλά και τους πνεύμονες και τά επινιφρίδια. Σε προχωρημένα στάδια δέν είναι σπάνιες δερματικές μεταστάσεις, στη σπονδυλική στήλη και τά όστα, ιδιαίτερα στις πλευρές, κλεϊδες και στέρνο. (Σχ. 45)

Ή κλινική σημειολογία χαρακτηρίζεται από άρκετά όμοιομορφα κλινικά σημεία. Έτσι:

Ή δυσφαγία, πού ποτέ σχεδόν δέν άπουσιάζει, άποτελεϊ μερικές φορές και τό μοναδικό σύμπτωμα. Δέν έχει έμμεση σχέση με τήν έκταση και τό μέγεθος του καρκίνου και μπορεί νά έγνατασταθεϊ σε άρχικά έξλεκτικά στάδια όποτε δέν ύπάρχει καν στένωση του οίσοφαγου. Πιο συχνή και έπίσημη είναι όταν έχει άποφραχτεϊ ο αύλός πιο πολύ από τά δύο τρίτα του, αλλά πού έμεν είναι άξιολογητά άνεκτή ακόμα και τότε





Σκ. 45. Καρνίος άισοφάγου.

από τόν πάσχοντα. Άτυχώς ή δυσφαγία σέ μεγάλο ποσοστό τών περιπτώσεων αποτελεί ό ψ ι μ ο κλινικό σημείο τοῦ καρκίνου. Παρόλο πού κλασσικά αὐτή χαρακτηρίζεται σά μ η χ α ν ι κ ή, σ υ ν ε χ ή ς καί π ρ ο ο - δ ε υ τ ι κ á ἐπιτεινόμενη, όμως ή καθημερινή πείρα δείχνει ότι στό άρχικό έξελεκτικό στάδιο συχνά τουλάχιστον εἶναι ά ν ώ μ α λ η, δια- φέρει από ήμέρα σέ ήμέρα, ἐπηρεάζεται έκδηλα από τήν νευραμυκική κατά- σταση τοῦ άτόμου καί προσλαμβάνει χαρακτήρα σ π α σ τ ι κ ή ς δ υ - σ φ α γ ί α ς. Τά σπασμολυτικά φάρμακα πρόσκαιρα δοῦν εὔνοϊκά άλλά καί μέ τόν τρόπο αὐτό καθυστεροῦν τήν περαιτέρω διερεύνηση τῆς παθήσεως. Ἡ άπερίσκεπτη χορήγηση τέτοιων φαρμάκων όταν ὑπάρχει δυσφαγία, άνε- ξάρτητα από τούς χαρακτήρες της καί χωρίς προηγούμενο άκτινολογικό έλεγ- χο, εἶναι άνεπίτρεπτη καί καταδικαστέα. Μεταξύ τών άλλων χαρακτήρων τῆς δυσφαγίας περιλαμβάνεται έ π ώ δ υ ν η α ἴ σ θ η σ η κατά τήν κατά- ποση σκληρῶν ή πολύ θερμῶν βλαμῶν τροφῆς καί προηγείται ἐπί μήνες αἰσθη- ση "τ ρ ι β ῆ ς", κ ά ψ ι μ ο, αἰσθηση ά π ό ξ ε σ η ς (γδάρισμο) ή άκόμα άπλός λ ό ξ ι γ γ α ς μέ τή δίοδο τοῦ βλαμοῦ, χωρίς πραγματικό πόνο. Οἱ άρχικοί αὐτοί χαρακτήρες τῆς δυσφαγίας άξιολογοῦνται μέ τήν έμφάνιση μηχανικῶν στοιχείων άπάραξης, πού μποροῦν νά ξαναπαρουσια- στοῦν πιό έντονα, άλλά τότε σέ προχωρημένο πιά στάδιο, πράγμα πού πρέ- πει νά άποδοθεῖ σέ διήθηση γειτονικῶν όργάνων. Στήν κλινική σημειολο- γία μπορεῖ νά ὑπάρχουν καί συνοδά συμπτώματα άλλα, άσταθῆ καί δευτερεύ- οντας σημασίας. Τέτοια εἶναι οἱ έ π ώ δ υ ν ε ς έ ρ υ γ έ ς, οἱ τ ρ ο φ ώ δ ε ι ς ά ν α γ ω γ έ ς, ή λευκωτή β λ ε ν ν ώ δ η ς ά π ό χ ρ ε μ ψ η καί ή σ ι α λ ό ρ ρ ο ι α, ήμερήσια καί νυχτερινή, πού όμως άποτελοῦν ένδεικτικά σημεῖα προχωρημένου σταδίου. Συχνά ὑπό- χουν δύσοσμες έρυγές, πού άκρίλονται σέ μερική νέκρωση τοῦ νεοπλάσμα- τος. Ἡ ά π ώ λ ε ι α σ ω μ α τ ι κ ο ῦ β ά ρ ο υ ς άνακαίνεται μέ τήν έναρξη τών δυσφαγικῶν φαινομένων, ενώ ή ά ν ο ρ ε ξ ί α αντί- θετα από ό,τι ίσχύει γιά τόν καρκίνο τοῦ στομάχου μόλις ὑποσημαίνεται. Ὁ άρρωστος βεβαιώνει ότι ή δυσχέρεια στήν κατάποση τόν έμποδίζει νά παίρνει πιό πολύ τροφή. Σπάνια ή αιμορραγία επίσημη καί μέ μορφή αιματέ- μεσης μπορεῖ νά εἶναι τό άρχικό άποκαλυπτικό σύμπτωμα. Ἐντίθετα παρα- τηροῦνται μ ι κ ρ ο α ι μ ο ρ ρ α γ ί ε ς μέ μορφή μελαίνων κενύσεων ή έκδηλης ὑ π ό χ ρ ω μ η ς ά ν α ι μ ί α ς.

Ἡ παρακλινική διερεύνηση έπιτυγχάνεται μέ τόν έπιμελημένο ά κ τ ι - ν ο λ ο γ ι κ ό έ λ ε γ χ ο, τήν ο ἴ σ ο φ α γ ο σ κ ό π η σ η καί τέλος τήν ἰ σ τ ο λ ο γ ι κ ή έ ξ έ τ α σ η τεμαχιδίων (βιοψία) πού παίρνονται κατά τή διάρκεια αὐτῆς.



ΕΛΚΗ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Τά έλκη του οίσοφαγου παρατηρούνται συχνά μεταξύ 50 και 70 χρόνου της ηλικίας χωρίς να αποκλείεται η ανάπτυξη τους σε νέα άτομα και σε παιδιά. Σάν έλκος του οίσοφαγου χαρακτηρίζεται έντοπισμένη άπώλεια οίσοφαγικού βλεννογόνου, με φλεγμονώδη σκληρή αντίδραση της κάτω από αυτό περιοχής. Ό όρισμός είναι αρκετά πλατύς, αφού περιλαμβάνει υποχρεωτικά επιπόλαιες εξέλκωσεις φλεγμονώδεις και βαθιές τέτοιες με σκληρυντικά φαινόμενα. Παλλοί άρκοούνται στο χαρακτηρισμό του σαν άληθινο έλκος, δηλαδή εξέλκωση που ξεπερνάει σε βάθος τό βλεννογόλιο χιτώνα και φθάνει μέχρι τό μυϊκό και τό παραλληλίζουν έτσι με τό γαστροδωδεκαδοκτυλικό. Άλλοι τέλος χαρακτηρίζουν σαν έλκη εκείνα που αναπτύσσονται σε βλεννογόνο έτερότοπο, με κυλινδρικό επιθήλιο, και που είναι γνωστά σαν έλκη του Barrett.

Στήν κλινική σημειολογία κυριαρχεί ή δυσφαγία, που συνοδεύεται με διάφορου βαθμού σύνδρομο γαστροοίσοφαγικής παλινδρομήσης. Δευτερεύοντα στοιχεία είναι ό πόνος, σπανιώτατα λόξιγγας, άναγωγές και αιμορραγίες. Η δυσφαγία σύμπτωμα πάντοτε σταθερό, μπορεί να διακριθεί σε διαλείπουσα και παροξυσμική ή προοδευτική και μόνιμη. Η διαλείπουσα παροξυσμική δυσφαγία βρίσκεται σε 60% περιπτώων περιπτώσεων, εξέλισσεται κατά παροξυσμούς, χωρίς πρόδρομα φαινόμενα πολλές φορές μάλιστα κατά τή διάρκεια του γεύματος. Μπορεί να διαρκέσει λίγα λεπτά μέχρι μερικές ώρες, κάποτε μερικές ήμέρες, και να είναι άπόλυτη ή σχετική όποτε έπιτρέπει τή λήψη υγρών.

Μερικοί από τούς άρρώστους νοιάδουν φευγαλέα στάση τής τροφής, άλλοι όμως σφοδρή δυσφορία με άσφυκτικά φαινόμενα. Παλλοί, στή δυσφαγική κρίση, καταφεύγουν σε τεχνάσματα για να άπαλλαγούν άπ' αυτή, όπως λιώνουν στο στόμα τους μικρά κομμάτια πάγου, είσπνέουν αίθέρα ή προσπαθούν να κάνουν έμετό. Με τήν πάροδο τής δυσφαγικής κρίσης ή κατάποση μπορεί να επανέλθει στο φυσιολογικό ή να παραμείνει ένας βαθμός δυσφαγίας, που περιορίζει τή διατροφή σε υγρά μόνο. Η προοδευτική δυσφαγία, λιγότερο χαρακτηριστική του οίσοφαγικού έλκους, πολλές φορές έγκαθίσταται αίφνίδια. Στίς μισές περίπου περιπτώσεις βρίσκεται όπισθοστερνικό ή έπιγαστρικό κάψιμο που άκτινοβολεί προς τά πάνω μαζί ή χωρίς πυρωση. Οι άναγωγές πολλές φορές μπορούν να σταματήσουν τήν παροξυσμική δυσφαγία. Ό λόξιγγας μπορεί να έμμανιστεί κατά τήν κρίση τής δυσφαγίας ή πιό



σπάνια νά προηγηθεί κατά πολλούς μήνες. Σέ μικρή αναλογία παρατηρούνται αιμορραγίες μέ τή μορφή αιματέμεσης. Μερικές επαναλαμβανόμενες τυφλές αιμορραγίες προξενούν χρόνιες αναιμίες, αλλά σπάνια παρατηρούνται.

Ἡ διάγνωση ἐπιβεβαιώνεται μέ τόν ἀκτινολογικό ἐλεγχο, τήν οἰσοφαγοσκόπηση, τή βιοψία ἀπό τήν περιοχή τοῦ ἔλκους καί τήν ιστολογική ἐξέταση.

ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΙΚΗ ΟΙΣΟΦΑΓΟΠΑΘΕΙΑ

Ἡ οἰσοφαγοπάθεια ἀποτελεῖ τήν πιό συχνή σπλαγχνική ἐντόπιση τῆς σκληροδερμίας. Στήν κλινική σημειολογία χρονολογικά ἐμφανίζονται πιό συχνά οἱ δερματικές βλάβες τῆς νόσου, ἐνῶ τά οἰσοφαγικά λειτουργικά σημεῖα εἶναι δευτερογενῆ καί μετά ἄλλοτε ἄλλο χρονικό διάστημα. Τά τελευταῖα χαρακτηρίζει ἡ δυσφαγία, πού ἐγκαθίσταται μερικά χρόνια μετά τίς δερματικές ἐκδηλώσεις, στή διάρκεια τῶν ὁποίων ἡ οἰσοφαγική βλάβη παραμένει ὑποκλινική, συχνά ὅμως ἐμφανής στήν ἀκτινολογική ἐρευνα. Οἱ ἐκδηλώσεις ἀπό τόν οἰσοφάγο ἀφοροῦν κατά κύριο λόγο σέ διαταραχές τῆς κατάποσης, πού κλιμακώνονται ἀπό μικρή καί ἐλαφριά ὀπισθοστερνική στενοχώρια μέχρι πραγματική δυσφαγία μηχανικῆς φύσεως, μέ ἀνώμαλη ἐξέλιξη, πού ἀφορᾷ σέ στερεές κυρίως τροφές. Σέ μερικές περιπτώσεις συνοδεύεται μέ αἶσθημα πνιγμονῆς. Ἄλλοτε δέν ὑφίσταται δυσφαγία, ἀλλά ὀπισθοξοειδικό κάψιμο, μέ ἀνιούσα ὀπισθοστερνική ἐπέκταση, πού θυμίζει γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση ἢ ἀδιάρκοτες ἀναγωγές, πού τελικά ἐπηρεάζουν τή θρέψη τοῦ ἀρρώστου.



ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ

ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΚΗΛΕΣ

Σ' αυτές περιλαμβάνονται:

1. Οί κήλες που αναπτύσσονται μέσα από το οίσοφαγικό τμήμα (κήλες του οίσοφαγικού τμήματος),
2. Οί πρόσθιες διαφραγματοκήλες που λέγονται και άλλοιως όπισθοπλευρο-ξίφουειδικές και
3. Οί μετατραυματικές διαφραγματοκήλες.

ΠΡΟΣΘΙΕΣ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΚΗΛΕΣ

Αυτές αναπτύσσονται μέσα από χάσματα των καταψύσεων του διαφράγματος στην όπισθια επιφάνεια του στέρνου και των στερνοπλευρικών περιοχών. Γιά πρώτη φορά παρατηρήθηκαν από τό Μοιγαρνί τό 1769. Φέρονται και μέ άλλες όνομασίες, όπως κήλες τής σχισμής του Lattey, κήλες του Μοιγαρνί, παραστερνικές, ύποπλευροστερνικές, όπισθοστερνικές, προσθιομεσοθωρακικές. Ό πιο σωτός γενικός όρος είναι πρόσθιες διαφραγματοκήλες.

Οί κήλες αυτές έχουν πάντοτε κηλικό σάκκο, που αποτελείται από τό περιτόναιο και τόν ύπεζωκότα. Τό περιεχόμενό τους αποτελεί τό έγκάρσιο κόλο και τό επίπλουν, τό λεπτό έντερο, τό μεΐζον τόξο του στομάχου.

Καλύπτουν μικρό σχετικά ποσοστό όλων των διαφραγματοκηλών που κυμαίνεται γύρω στό 3%. Δεξιά είναι οί πιο συχνές, γύρω στά 50%, ένω άριστερά και στή μέση γραμμή όπως και άμφοτερόπλευρα, καλύπτουν τό ύπόλοιπο ποσοστό σέ ίση αναλογία (15% περίπου για κάθε μία).

Ή αποκάλυψή τους γίνεται ύστερα από συστηματικό ή τυχαίο άκτινολογικό έλεγχο, είτε μέ τήν εύκαιρία μιās έγχείρησης ή άκόμη και νεκροτομικώς.

Πεπτικά ένοχλήματα παρατηρούνται σέ ποσοτό 25% περίπου των περιπτώσεων, μέ τό πιο συχνό άπ' αυτά τό γαστρικό άλγος, που άφείλεται στήν έλξη των σπλάγγχων και συχνά ύποχωρεϊ. Συνηθισμένη είναι ή επέκτασή του προς τά πίσω και πάνω στή δεξιά ώμοπλατή. Στήν ήπτια κατάκλιση τά ένοχλήματα έπιτείνονται, γεγονός που φαίνεται να είναι χαρακτηριστικό των πρόσθιων διαφραγματοκηλών. Έμετοί, όταν προκαλοϋνται, μειώνουν



τά ένοχλήματα καί κατά κύριο λόγο τό άλγος. Έπί μ ο ν η δ υ σ κ ο ι - λ ι ό τ η τ α μπορεί νά προηγηθεῖ πραγματικῆς έντερικῆς διάφραξης, ἡ ὁποία κάποτε εἶναι ἀποκαλυπτική τέτοιας διαφραγματοκῆλης. Β ή χ α ς ἢ καί δ ύ σ π ν ο ι α εἶναι λίγο πιό συχνά σημεῖα ἀπό τό ἀναπνευστικό, ἐνῶ σέ μερικές περιπτώσεις ἡ συμπτωματολογία μπορεί νά εἶναι μικτή, δη- λαδή ἀπό τό πεπτικό καί τό ἀναπνευστικό σύστημα.

Ὁ ἀκτινολογικός έλεγχος εἶναι ἀπόλυτα ἀπαραίτητος καί χρήσιμος γιά τήν ἐπιβεβαίωση τῆς διάγνωσης.

ΚΗΛΕΣ ΤΩΝ ΗΜΙΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΩΝ

(ΚΗΛΗ ΤΟΥ ΤΡΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ Bochdalek).

Οἱ κῆλες αὐτές ἀφείλονται σέ ἔλλειμμα κατά τήν ἀνάπτυξη τοῦ δια- φράγματος πού ἔχει π ο ι κ ῖ λ ε ς δ ι α σ τ ᾶ σ ε ι ς καί θέση γε- νικά ὀ π ι σ θ ο π λ ᾶ γ ι α. Μέσα ἀπό τό ἔλλειμμα αὐτό ἐπικοινωνοῦν ἡ θωρακική καί κοιλιακή κοιλότητα. Ἐνδοκοιλιακά σπλάγχνα ἀνέρχονται στό θώρακα, καταλαμβάνουν χῶρο τοῦ ἡμιθωρακίου καί ἀσκοῦν πιεστικά φαινό- μενα στόν πνεύμονα καί στήν καρδία. Χαρακτηριστικός τύπος τέτοιου ἔλ- λείμματος εἶναι τό τρῆμα τοῦ Bochdalek, πού ἀφείλεται σέ ἄ τ ε λ ἠ ἄ π ὀ φ ρ α ξ η τ ῆ ς π λ ε υ ρ ο π ε ρ ι τ ο ν α ῖ κ ῆ ς α ὐ λ α - κ α ς, πού φυσιολογικά ἀπαφράσσεται στό τέλος τοῦ δεύτερου ἐμβρυϊκοῦ μήνα. Ἐντοπίζεται στήν ὀπισθοπλάγια περιφερική μοῖρα τοῦ διαφράγματος, ἀνάμεσα ἀπό τά σκέλη, τό φρενικό κέντρο καί τό πλευρικό τόξο. Οἱ δια- στάσεις του ποικίλουν. Στά νεογέννητα ἔχει διάμετρο 2 - 3 ἐκμ. ἐνῶ στά μεγάλα παιδιά καί στούς ἐνήλικες φθάνει μέχρι καί 8 ἐκ. Στίς κῆλες τοῦ τρήματος αὐτοῦ δ έ ν ὑ π ᾶ ρ χ ε ι κ η λ ι κ ὁ ς σ ᾶ κ κ ο ς.

Σέ τέτοιες κῆλες στούς ἐνήλικους καί στίς μισές περίπου ἀπ' αὐτές ἡ κλινική σημειολογία ἐνδιαφέρει τό πεπτικό σύστημα. Αὐτή χαρακτηρίζεται ἀπό ἀ κ α θ ὀ ρ ι σ τ α καί κ ο ι ν ᾶ ᾶ λ γ η, δύο ὡς τρεῖς ἔρες μετά τή λήψη τροφῆς, πού συνοδεύονται μέ έ με τ ο ὗ ς καί ὑ π ο χ ω ρ ο ὕ ν σ τ ῆ ν ὕ π τ ι α ἢ στό ἄ ρ ι σ τ ε ρ ὸ π λ ᾶ γ ι ο κ α τ ᾶ κ λ ι σ η.

Σημειολογία ἀπό τό θώρακα ὅπως π λ ε υ ρ ω δ υ ν ῖ α, δ ύ - σ π ν ο ι α σέ προσπάθεια στά παιδιά πού παίζουν ἢ γυμνάζονται, μπο- ρεῖ μέ τή μεθοδική έρευνα νά ὀδηγήσει στήν ὀρθή διάγνωση, ὅταν μάλιστα ὑπάρχει παθολογική ἀκτινολογική εἰκόνα στή βάση τοῦ θώρακα. Ἐτσι στή φυσική εξέταση μπορεί νά βρεθεῖ ἀπώθηση τῆς καρδίας πρὸς τά δ ε ξ ῖ ᾶ, τ υ μ π α ν ῖ κ ὀ τ η τ α στό ἡμιθώρακιο, έ λ ᾶ τ τ ω σ η τοῦ ἀναπνευ- στικοῦ ψιθυρίσματος καί ὕ δ ρ α ε ρ ῖ κ ο ῖ (βοοβουρυγμοί) ἢ χ ο ι μετὰ τό φαγητό.

Στίς ἑπιεσ μωφές στά νεογέννητα παρατηροῦνται μερικές φορές πεπτι-



κά ένοχλήματα όπως έμετοί, καθυστέρηση του σωματικού βάρους ή και πνευμονικές μολύνσεις, πού υποτροπιάζουν συχνά. Τό τρίπτυχο: δύσπνοια - κυάνωση - δεξιόκαρδία, πρέπει νά στρέφει τήν έρευνα πιά πέρα και κατά κύριο λόγο στην άκτινολογική. Ή κυάνωση άποτελεϊ σημαντικό κλινικό σημείο, χαρακτηρίζεται από διαλείψεις, είναι πρώιμη και μέ έξάρσεις στη λήψη γάλακτος ή άλλων υγρών μέ τό μπιμπερό, όπως και σέ όρισμένες θέσεις του αίματος ή αντίθετα μπορεί νά είναι μόνιμη και νά υποχωρεϊ μερικώς κάτω από άτμόσφαιρα όξυγόνου (τέντα). Ή δύσπνοια συνοδεύει τήν κυάνωση, ένω οι έμετοί δέν έχουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, ένισχυτικά τής κλινικής διάγνωσης. Στη φυσική εξέταση διαπιστώνεται ή δεξιόκαρδία, τυμπανικότητα στό ήμισθράκιο, έλάτωση ή έξαφάνιση του ψιθυρίσματος και κάποτε άκούγονται βορβορυγμοί.

ΧΑΛΑΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ

Ή πάθηση χαρακτηρίζεται από τή μόνιμη και άλλοτε σέ άλλη έκταση άνοδο, σάν "κήλης", μέρους ή όλόκληρου του ήμισθράγματος, χωρίς λύση τής συνέχειας, ένω οι καταψύσεις του διαφραγματικού μυός είναι φυσιολογικές, όπως και ή επίλειψη τους από τους δύο άρογόνους υπεζωκότα και περιτόναιο.

Ή χάλαση παρατηρεϊται πολύ πιά συχνά στους άνδρες (75%), παρά στις γυναίκες και άφορά στην πλειονότητα των περιπτώσεων στό άριστερό ήμισθράφραγμα. Άνάλογα μέ τήν έκταση διακρίνεται σέ όλική, σέ μερική και σέ έντοπισμένη.

Ή κλινική σημειολογία στά νεογέννητα είναι παρόμοια μέ τήν αντίστοιχη των διαφραγματοκηλών. Χαρακτηριστικά είναι ή κυάνωση, ή μετάθεση τής καρδίας άριστερά ή δεξιά, ανάλογα μέ τήν έντόπιση τής χάλασης, ή σκαφοειδής κοιλία.

Στους ένήλικες ή κλινική σημειολογία μπορεί νά λείπει όπως στις υποκλινικές μορφές, ή νά είναι έντονη αλλά και νά παρουσιάζει όλες τις ένδιάμεσες δυνατές ποικιλίες.

Άπό τό άναπνευστικό, σημεία όπως ή δύσπνοια και όβήχας έκδηλώνονται κατά κύριο λόγο στην κατάκλιση στό ίδιο πλευρό όπου και ή διαφραγματική χάλαση. Άπό τήν καρδία, ταχυκαρδία, διαταραχές του ρυθμού, φεύγονται στην πίεση τής βάσεως αύτης από τά έκτοπα ένδοκοιλιακά επλάγχνα. Ή σημειολογία από τό πεπτικό σύστημα πολλές φορές είναι έντονη και φεύλεται βασικά στό στόμαχο. Δυσφαγικά φαινόμενα



από τή γωνίωση του οίσομάγου, ε λ γ η και β ά ρ ο ς στο έπιγάστριο, είναι μερικές φορές έντονα, ενώ οι έ ρ υ γ έ ς είναι δύσκολες και πολύ σπάνια άδύνατες. Π ρ ο κ λ η τ ο ί έ μ ε τ ο ί ά ν α κ ο υ ρ ί ζ ο υ ν τόν άρρωστο.

Ή διάγνωση βασίζεται κυρίως στον άκτινολογικό έλεγχο του θώρακα, του στομάχου και του παχέος έντέρου. Πολύ χρήσιμη είναι ή άκτινοσκοπική μελέτη τής κινητικότητας του διαφράγματος.

ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ ΤΟΥ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ

Τέτοιοι τραυματισμοί προκαλούνται από ν ύ σ σ ο ν τ α και τέ - μ ν ο ν τ α όργανα, από πυροβόλα όπλα ή σέ έ ρ γ α τ ι κ á και τ ρ ο χ α ι á άτυχήματα. Ή πύλη είσόδου του τραύματος μπορεί να έντοπίζεται στο θώρακα, αλλά και στην κοιλιά. Οι θωρακοκοιλιακοί τραυματισμοί καλύπτουν σέ ποσοστό 80-90% διαφραγματικούς τραυματισμούς σέ πολεμικές περιόδους. Οι τραυματισμοί από μαχαίρια είναι σχεδόν πάντοτε θωρακοκοιλιακοί. Άντίθετα οι τραυματισμοί μέ πυροβόλα όπλα χαρακτηρίζονται από πύλη είσόδου ή έξόδου που μπορεί να βρίσκεται πολύ μακριά από τό διάφραγμα, έκτός θώρακα και κοιλιάς.

Στίς όποιοσδήποτε βλάβες του διαφράγματος που προκαλούνται από τέτοιους τραυματισμούς μπορεί να συνοπάσχουν βλάβες ένδοκοιλιακών σπλάγχων, όπως του ή π α τ ο ς, του σ π λ ή ν α, του σ τ ο μ á χ ο υ, του παχέος έντέρου, του ν ε φ ρ ο ύ. Όχι σπάνια μπορεί να έχει τραυματιστεί ή ο ύ ρ ο δ ό χ ο ς ή τό ό ρ θ ό. Μπορεί όμως να άφωρούν στον π ν ε ύ μ ο ν α και να είναι έκτεταμένες, στην κ α ρ δ ί α ή τ á μ ε γ á λ α á γ γ ε ι á, όποτε είναι και άμεσα σχεδόν θανατηφόρες.

Ή κλινική σημειολογία των τραυμάτων του διαφράγματος είναι άρκετά άσταθής γιατί διαφέρει από τή μιά στην άλλη περίπτωση. Έτσι κάπως σχηματικά μπορεί να διακριθεί στίς παρακάτω μορφές:

1. Κοιλιακό τραύμα μέ ταυτόχρονο τραυματισμό του διαφράγματος. Τότε ό κοιλιακός τραυματισμός επιβάλλει ά μ ε σ η χ ε ι ρ ο υ ρ γ ι κ ή έ - π έ μ β α σ η, όποτε άνακαλύπτεται και ή διαφραγματική βλάβη. Παρόλα αυτά προεγχειρητικώς στή σημειολογία άναζητείται δ ύ σ π ν ο ι α , α ί μ ό π τ υ σ η, ί σ χ υ ρ ό á λ γ ο ς στον ώ μ ο, μειωμένη κ ι - ν η τ ι κ ό τ η τ α του ήμιθώρακιου.
2. Θωρακικό τραύμα. Στην περίπτωση αυτή ή άναζήτηση διαφραγματικού τραύματος έχει μεγάλη σημασία, γιατί καθορίζεται έτσι όχι μόνο ή ένδειξη τής χειρουργικής επέμβασης αλλά και ή όδός προσπέλασης τής βλάβης.
 - α) Έκτός από διαμερή τραύματα των όποιών οι πύλες είσόδου και έξόδου βρίσκονται σέ επίπεδο πιο ψηλό από τήν τέταρτη πλευρά, κάθε άλλο τραύμα πιο χαμηλά ένδιακέρει τό διάφραγμα όπως και ένδοκοιλιακά σπλάγχνα.



β) Σέ τραύματα μέ μαχαίρι πού άφορούν στό άριστερό ήμισώσιν, οι πιθανότητες βλάβης του διαφράγματος είναι τόσο πιό μεγάλες όσο ή θέση του πιό χαμηλή και τό όργανο πιό μακρύ.

γ) Σέ τυφλό τραύμα μέ πυροβόλο όπλο δέν άποκλείονται διαφραγματικές και ένδοκοιλιακές βλάβες, οποιαδήποτε και άν είναι ή πύλη είσόδου.

Ή κλινική σημειολογία του διαφραγματικού τραυματισμού είναι έξαιρετικά δύσκολη. Τό άλγος στό στήθος όμως έχει διαγνωστική άξία γι' αυτόν, αλλά πού χαρακτηρίζει και τίς ένδοπεριτοναϊκές τραυματικές βλάβες. Ή σύσπαση των κοιλιακών τοιχωμάτων, βασικά στό έπιγάστριο, μπορεί να παρατηρηθεί σε χαμηλά τραύματα του άίρακα, χωρίς όμως να συνυπάρχει τραυματισμός του διαφράγματος. Σημειολογία όξεϊας αιμορραγίας, πριν άποδοθεϊ σε αιμοθώρακα, πρέπει να θεωρηθεϊ ότι άφείλεται σε τραυματισμό συνθησιμένα συμπαγούς ένδοκοιλιακού σπλάγχχνου. Στην προσπάθεια αντιμετώπισης μιās τέτοιας αιμορραγίας μέ μαζική μετάγγιση αίματος, έφόσον ή σημειολογία έξακολουθεϊ να υπάρχει, ενώ τυχόν αιμοθώρακας δέν αύξάνει, τότε αύτή πρέπει να άποδοθεϊ σε ένδοκοιλιακό τραυματισμό.

ΚΛΕΙΣΤΕΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΡΗΞΕΙΣ ΤΟΥ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ

Αύτες προκαλούνται ύστερα από κλειστούς θωρακοκοιλιακούσ τραυματισμούς. Δέν είναι άσυνήθιστο να περάσουν άπαρατήρητες σ' όρισμένες περιπτώσεις, όπου καλύπτονται από τή συμπτωματολογία άλλων όργάνων πού τυχόν τραυματίστηκαν ταυτόχρονα.

Ή συχνότητα των ρήξεων του διαφράγματος άνέρχεται σε ποσοστό 2% περίπου στις κλειστές κοιλιακές καώσεις, πού συνοδεύονται μέ βλάβες τής πύλου. Στις κλειστές θωρακοκοιλιακές φαίνεται να είναι ακόμη πιό μεγάλη από 10% ή συχνότητα των ρήξεων. Άντίθετα στις κλειστές θωρακικές καώσεις τό ποσοστό κυμαίνεται, άνάλογα μέ τίς στατιστικές, από 1-10% των περιπτώσεων.

Ή κλινική σημειολογία των διαφραγματικών ρήξεων μπορεί να διακριθεϊ κατά κάποιο σχηματικό λόγο σε τρεϊς βασικές μορφές:

1. Στην κατηγορία όπου περιλαμβάνονται οι τραυματισμοί από συμπιεστικό θωρακικό τραυματισμό, και οι τραυματίες διατηρούν τήν έπαφή τους μέ τό περιβάλλον, εκδηλώνεται άσπνευστική δυσχέρεια, και άλγη στό θώρακα.

Ή κλινική σημειολογία μπορεί να είναι θωρακική ή μικτή μαζί μέ κοιλιακή.

2. Στην κατηγορία τραυματιών μέ κοιλιακή καώση, όποτε υπάρχει ή τάση στην άρχική έξέταση να μην έρευνάται ό θώρακας, γεγονός πού ένισχύεται πιό πολύ από τήν άπουσία σημειολογίας διαφραγματοκήλης. Σ' αυτές άκρι-



βώς τις περιπτώσεις πολύ συχνά περνάει απαρατήρητη ή διαφραγματική βλάβη.
3. Στην τελευταία τέλος κατηγορία τραυματιών όπου η διαφραγματική ρήξη κινδυνεύει να περάσει απαρατήρητη, γιατί καλύπτεται από την έντονη συμπτωματολογία τραυματισθέντων άλλων οργάνων, όπως σπονδυλικής στήλης, κρανίου, άκρων κ.λ.π.

Η κοιλιακή σημειολογία περιλαμβάνει άλγη, συχνά στο επίγαστρο ή στο άριστερό υποχόνδριο και έμετους σπάνια ανάμικτους με αίμα. Στην ψηλάφηση βρίσκεται έπώδυνη σύσπαση του επίγαστρίου και αύξηση πύ έντονη των υποχονδρίων, χωρίς να αποκλείεται ο μετεωρισμός της κοιλιάς και η διακοπή αποβολής αερίων. Συχνή είναι η συνύπαρξη αναπνευστικής δυσχέρειας με τη μορφή ταχύπνοιας ή δύσπνοιας.

Η θωρακική σημειολογία περιλαμβάνει άλγη συνυφασμένα με την τοιχωματική κόκωση που παρακωλύουν την άναπνοή. Άναπνευστικές διαταραχές πολύ συχνές κυριαρχούν και σε ποσοτό πύ μεγάλο από 50% των περιπτώσεων. Η δύσπνοια είναι έπώδυνη, άγωνιώδης, ποικίλη σέ ένταση. Η κυάνωση των άκρων είναι συχνή. Καρδιαγγειακές διαταραχές είναι συχνές, όπως ταχύς σφυγμός, διαταραχές του ρυθμού, πύωση της άρτηριακής πίεσης, προκάρδια άλγη. Στην έπισκόπηση διαπιστώνεται η μειωμένη κινητικότητα του ήμιθωρακίου, άλγος στην ψηλάφηση, τυμπανικότητα ή άμβλύτητα στή βάση, έξαφάνιση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος, άκμαλοι ύδραερικοί ήχοι.

Σημειολογία σχετιζόμενη με τη διαφραγματική ρήξη μπορεί να περιλαμβάνει λόξιγγα, άλγος στίς άμπλατιαίες χώρες από έρεθισμό του φρενικού νεύρου, παράδοξη αναπνευστική κινητικότητα του ήμιθωρακίου. Πύ χαρακτηριστική όμως είναι η σημειολογία διαφραγματοκήλης, όσες φορές βρίσκεται, όπως μεταβολές στην επίκρουση στή βάση του θώρακα άριστερά, άμβλύτητα, τυμπανικότητα ή έναλλαγή αύτων, βορβορυμοί πύ άντικαθιστούν τό αναπνευστικό ψιθύρισμα, άπόθηση της καρδίας πός τά δεξιά.

ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΚΗΛΕΣ

Αύτες αναπτύσσονται μέσα από τη διαφραγματική ρήξη, πύ κατά κανόνα άφείλεται σέ κλειστή θωρακοκοιλιακή, θωρακική ή κοιλιακή κόκωση. Οι κήλες αυτές δεν έχουν ποτέ κηλικό σάκκο. Η σημειολογία τους χαρακτηρίζεται από τά άκόλουθα:

1. Άλγη πύ είναι και τά πύ συχνά ένοχλήματα. Η έντόπιση μπορεί να άμοσά στο επίγαστρο, στο άριστερό υποχόνδριο πύσω από τό στέρνο, στο άριστερό ήμιθωράκιο ή να άκτινοβολούν στον τράχηλο και στον άριστερό



ώμο. Πολύ συνηθισμένα εκδηλώνονται σάν αίσθηση βάρους, γαστρικού φόρτου ή έλξεως. Ἡ λήψη τροφῆς καί ἡ θέση τοῦ σώματος ἐπηρεάζουν τά ἀλγη εἴτε μέ τήν έννοια τῆς εκδήλωσης αὐτῶν εἴτε μέ τήν ἐπίταση τῆς έντασῆς τους. Πολλοί ἄρρωστοι ὕστερα ἀπό ἀφθονες ἐρυγές ἢ ἐμετούς ἠρεμοῦν, ἐνῶ μόνοι τους πολλοί διαπιστώνουν ὅτι σέ ὀριζιμένες θέσεις τοῦ σώματος τά ἐνοχλήματα εἶναι ἥπια ὅπως ἡ ὕπτια, ἡ προνής ἢ στό πλάγιο, κατάκλιση κ.λ.π.

2. Π ε π τ ι κ έ ς δ ι α τ α ρ α χ έ ς πού εἶναι συχνές. Ἐμετοί παρατηροῦνται ἄρκετές φορές, οἱ ὁποῖοι εὐνοοῦνται ὅπως καί τά ἀλγη ἀπό τή θέση τοῦ σώματος. Δυσκοιλιότητα παρατηρεῖται μέ σχετική συχνότητα σέ μικρές κῆλες χωρίς νά ἀποκλείεται ἡ σημειολογία ἀτελοῦς ἐντερικῆς ἀπόφραξης μέ παροξυσμικά κωλικοειδῆ ἀλγη καί μέτριο μετεωρισμό.

3. Ἀ ν α π ν ε υ σ τ ι κ έ ς δ ι α τ α ρ α χ έ ς, σέ μεγάλες κυρίως κῆλες, παρατηροῦνται σέ ποσοστό πού κμαίνεται γύρω στό 40%. Ἡ δύσπνοια σέ ἠρεμία ἀπουσιάζει, ἐνῶ εκδηλώνεται ὕστερα ἀπό κόπωση ἢ ἀπό πλούσιο γεῦμα. Σέ μερικές περιπτώσεις διαπιστώνεται ἀ μ ε σ η σ χ έ σ η δύσπνοιας καί δυσκοιλιότητας.

4. Κ α ρ δ ι α κ á ἐ ν ο χ λ ή μ α τ α μποροῦν νά σημειωθοῦν μέ τή μορφή προσκάρδιων ἀλγῶν ἢ παλμῶν. Σέ συνδυασμό μέ τή δύσπνοια ὕστερα ἀπό κόπωση καί τήν κυάνωση, πού μερικές φορές εἶναι έντονη, ὀδηγοῦν συχνά σέ καρδιολογική ἐξέταση.

Ἡ κλινική σημειολογία πολύ συχνά εἶναι ἀσθητική ἢ φτωχή σέ εὐρήματα ἀπό τήν κοιλιά, ἐνῶ ἀπό τό θώρακα μπορεῖ νά διαπιστωθεῖ ἐλάττωση τῆς κινητικότητας τοῦ ἡμιθωρακίου, τυμπανικός ἦχος ἢ ἀμβλύτητα, ἐλάττωση τοῦ ἀναπνευστικοῦ ψιθυρίσματος ἢ ὑποκατάσταση αὐτοῦ ἀπό ἀνάμαλους γαστρικούς ἢ ἐντερικούς ἦχους (ἦχος ἀμφορέα, μεταλλικό τιντίρισμα, βορβορυγμοί).



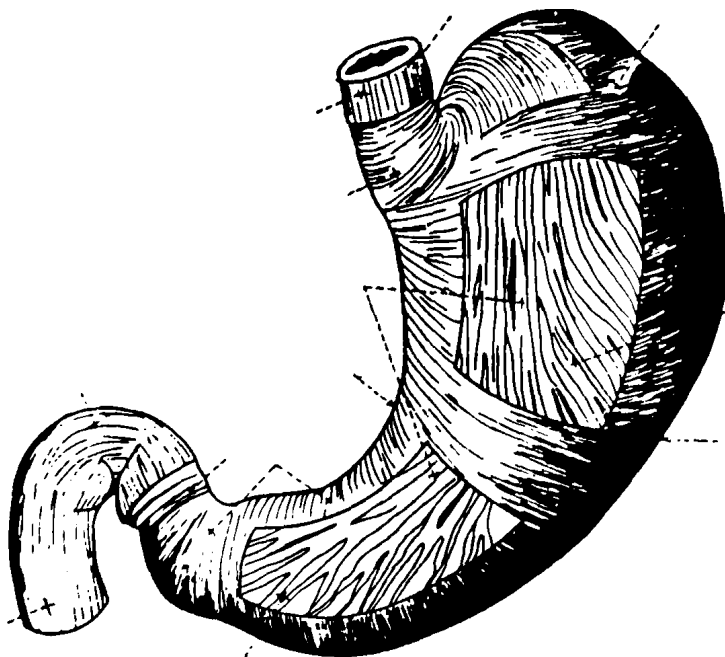
Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο ΧΙΙ

ΣΤΟΜΑΧΟΣ ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟ

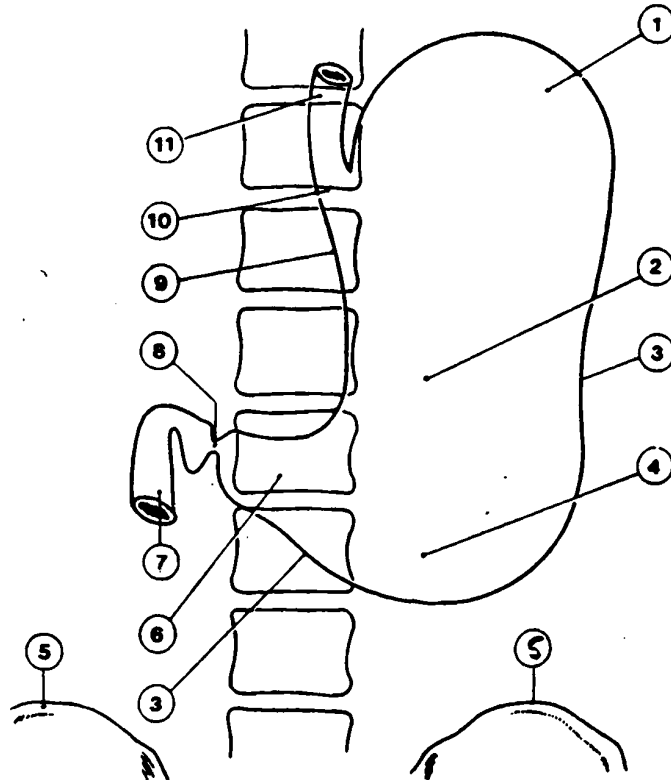
Ὁ στόμαχος καί τό δωδεκαδακτύλο ἐπιτελοῦν σημαντικές λειτουργίες στόν ὀργανισμό καί μπορεῖ ἔτσι νά εἶναι ἡ ἔδρα σοβαρῶν βλαβῶν, ἀπό τίς ὁποῖες οἱ πιό συχνές εἶναι: ἡ νόσος ἔλκος, ὁ καρκίνος τοῦ στομάχου καί ἡ πυλωρική στένωση. Οἱ τρεῖς μαζί συγκεντρῶνουν περίπου 90% τῆς γαστρο-δωδεκαδακτυλικῆς παθολογίας. (Σχ. 46)

ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟ ἘΛΚΟΣ

Τό ἔλκος τοῦ δωδεκαδακτύλου καί τοῦ στομάχου παρουσιάζει χαρακτηριστικές ἰδιαιμορφίες οἱ ὁποῖες πρέπει νά τονιστοῦν ἰδιαίτερα. Τό ἔλκος τοῦ δωδεκαδακτύλου εἶναι ἡ μορφή ἡ πιό συχνή τῆς νόσου ἔλκος. Πρόκειται γιά νόσο νέων ἐνηλίκων ἀνδράπων πού προσβάλλει πιό συχνά τοὺς ἀνδρες ἀπ' ὄ,τι τίς γυναῖκες. Ἡ μέση ἡλικία τῶν πασχόντων εἶναι τό 350 ἔτος περίπου. Ὄταν ἡ νόσος ἐκδηλώνεται γύρω στό 600 ἔτος τῆς ἡλικίας, αὐτό ἀποτελεῖ στοιχεῖο ἰδιαίτερων διαγνωστικῶν δυσκολιῶν. Παρόλο ὅτι οἱ αἰτιοπαθογενετικοί μηχανισμοί καί ἡ συμπτωματολογία φαίνεται νά ἔχουν ἄρκετά διασαφηνηστεῖ, τό ἔλκος τοῦ στομάχου παρουσιάζει ἀπό χειρουργική πλευρά, διαφορετικό πρόβλημα ἀπό ὄ,τι τό δωδεκαδακτυλικό ἔλκος. Ἐνῶ στό τελευταῖο οἱ παράγοντες ὑπεροξύτητα καί ὑπερέκκριση φαίνεται νά παίζουσαν πρωταρχικό ρόλο, στό γαστρικό ἔλκος ἀντίθετα ἡ ἐλάττωση τῆς τοπικῆς ἀντίστασης στήν α ὕ τ ο π ε ψ ἰ α φαίνεται νά ὑπερτερεῖ.



Σχ. 46. Μυϊνά τοιχώματα τοῦ στομάχου



Σχ. 47 Στομάχος.

- | | |
|-----------------------------------|---------------------|
| 1. Θόλος στομάχου | 7. Δωδεκαδάκτυλο |
| 2. Σώμα // | 8. Πυλωρός |
| 3. Μείζον τόξο | 9. Έλασσον τόξο |
| 4. Κάτω πόλος στομάχου (Πυθμένας) | 10. Καρδία στομάχου |
| 5. Λαγόνια έκρολοφία | 11. Οίσοφάγος |
| 6. Άντρο | |

Τό έλκος του στομάχου βρίσκεται πιο συχνό σε ηλικιωμένα άτομα και σε συχνότητα περίπου όμοια και για τά δυό φύλα. Έδώ ο πιο σημαντικός παράγοντας είναι ή δυσκολία της διαφορικής διαγνώσεως μεταξύ ά π λ ο υ έ λ κ ο υ ς και κ α ρ κ ί ν ο υ του στομάχου, κάτι που δέν ίσχύει για τό έλκος του δωδεκαδακτύλου. Τό χρόνιο έλκος του στομάχου ά ν θ ί σ τ α τ α ι περισσότερο στη συντηρητική θεραπεία άπ' ό,τι τό δωδεκαδακτυλικό. Όπωςόηποτε τά άποτελέσματα της χειρουργικής θεραπείας του είναι πιο καλά πάντοτε, ένω οι ύ π ο τ ρ ο π έ ς είναι πολύ σ π ά ν ι ε ς. Καμιά φορά άκόμα και ή τοπική έκτομή του έλκους μπορεί νά θεραπεύσει τόν άρρωστο. (Σχ. 47)

Στό έλκος του δωδεκαδακτύλου ό πρώτος στόχος της θεραπείας είναι ή μ ε ί ω σ η τ η ς γ α σ τ ρ ι κ η ς ό ξ ύ τ η τ α ς, ένω στό γ α σ τ ρ ι κ ό έ λ κ ο ς ή ά φ α ί ρ ε σ η α ύ τ ο υ, ή άποτροπή κάθε στάσεως στό π υ λ ω ι κ ό ά ν τ ρ ο και ή έλάττιση της όξέυτητας μπορούν νά δράσουν εύνοϊκά.

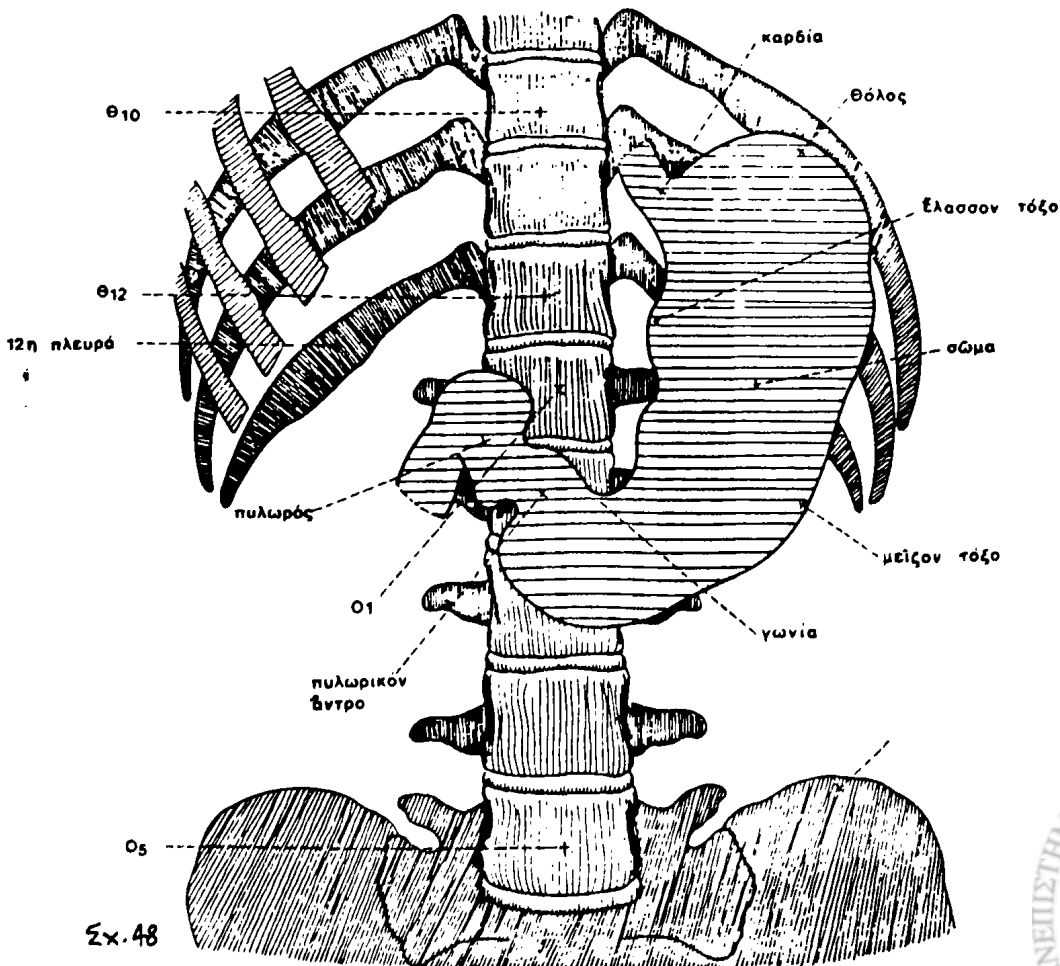


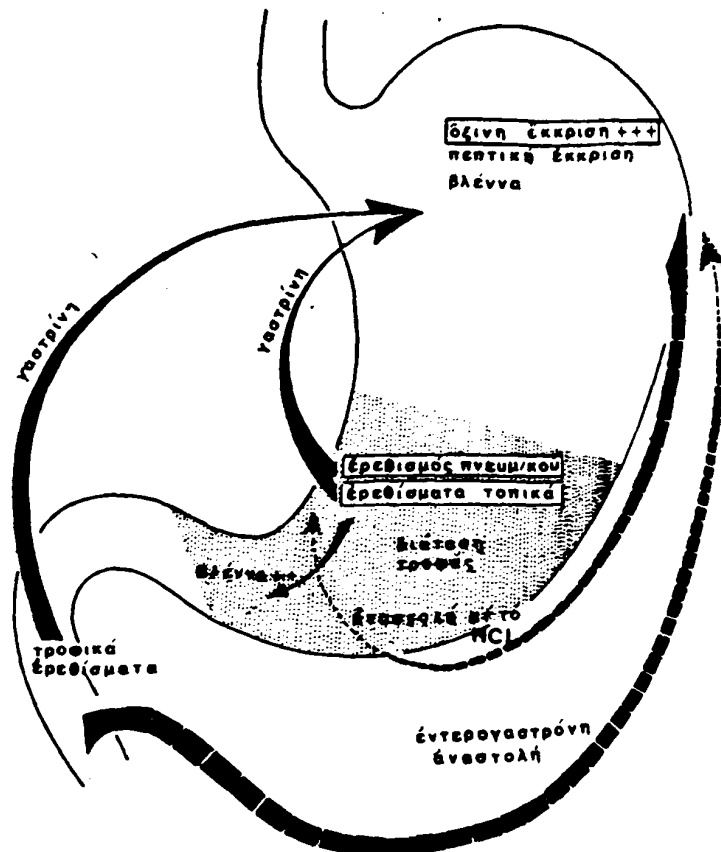
ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ

Τά κλινικά σημεία του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους μπορεί να είναι έξαιρετικά ποικίλα, από το κλασικό επώδυνο κυκλικό σύνδρομο μέχρις ένοχλήματα που δε διαφέρουν από μια κοινή δυσπεψία, από χρόνια χολοκυστίτιδα ή άλλες απλές διαταραχές του πεπτικού σωλήνα.

Ο ΠΟΝΟΣ. Όποιοδήποτε κι αν είναι το σύνδρομο, το κύριο σύμπτωμα είναι ο πόνος, παρόλο που αυτός μπορεί να απουσιάζει καμιά φορά στο έλκος του στομάχου. Οφείλεται στον περισταλτισμό που είναι δευτεροπαθής στην παρουσία HCl. Πράγματι ο πόνος συνήθως ύπαρχει όταν εξουδετερώνεται το HCl, ενώ αύξάνει σε ένταση όταν εισάγεται στο στομάχο τεχνητά όξύ. Ο παράγοντας ό ξ ύ τ η τ α κ α ι κ ι ν η τ ι κ ό τ η τ α αποτελούν έπιμέπως δυό σημαντικές αίτίες για τον έλκωτικό πόνο. (εκ. 48)

Οι χαρακτηρισες του πόνου ποικίλουν. Συνήθως πρόκειται για πόνο με τή μορφή κ ο ά μ π α ς, αίσθησης κ α ψ ί μ α τ ο ς ή σ υ σ τ ρ ο φ ή ς στο έπιγάστριο. Άλλες φορές μοιάζει με ά π λ ό β ά ρ ο ς, με "λ ι γ ο ύ ρ α", με αίσθηση έ π ώ δ υ ν η ς π ε ί ν α ς. Η ένταση ποικίλει, έπηρεαζόμενη από διάφορους παράγοντες π.χ. διαιτητικούς, ψυχικούς κ.λ.π. Η έκδηλωση του πόνου ακολουθεί συνήθως σταθερό ώραριο, 2-3 ώρες μετά τή λήψη τροφής, γεγονός πιο χαρακτηριστικό στο έλκος του δωδεκαδακτύλου. Όταν έκδηλώνεται τή στιγμή όπου ο στομάχος είναι κενός, χαρακτηρίζεται σαν έ π ώ δ υ ν η π ε ί ν α, ιδιαίτερα αίσθητή τις μεταμεσονύκτιες ώρες.





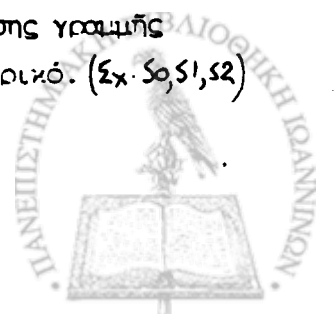
Σχ. 49. Έμφυση γαστρική. Σχηματική αντιστάθμιση τών μηχανισμών.

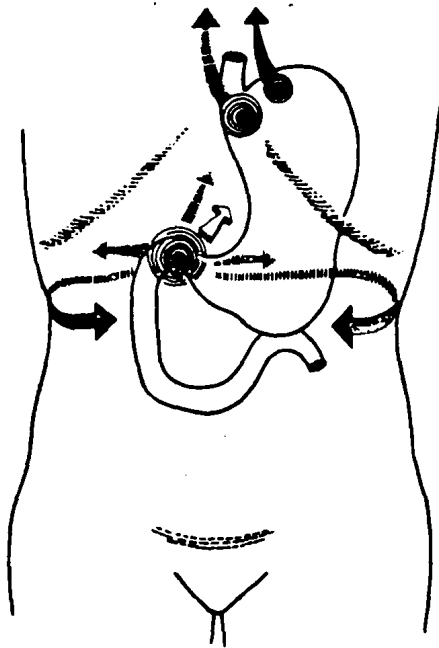
Ίδιαίτερη κλινική αξία από σημειολογική άποψη έχει όχι μόνο τό ο ρ ά ρ ι ο έκδηλώσεως τού πόνου, αλλά και ή περι ο δ ι κ ό τ η τ α αούτο στο 24ωρο, και στο χρόνο. Έτσι ή ρυθμικότητα κατά τή διάρκεια τής ήμέρας εκφράζεται σέ τρεις χρόνους: γ ε ὕ μ α, ή ρ ε μ ί α, π ό ν ο ς, ή σέ τέσσερες χρόνους: γ ε ὕ μ α, ή ρ ε μ ί α, π ό ν ο ς, ή ρ ε μ ί α, γ ε ὕ μ α κ.λ.π. Στή διάρκεια τού χρόνου ή περιοδικότητα χαρακτηρίζεται από έ π ὶ δ υ ν ε ς π ε ρ ι ὀ δ ο υ ς, πολλῶν ήμερῶν μέχρι μερικῶν εβδομαδιῶν, χαρακτηριζομένων από μεσοδιαστήματα πολλῶν εβδομαδιῶν ή μερικῶν μηνῶν κατά τά όποια ό άρρωστος είναι έλεύθερος από ένοχλήματα.

Ό πόνος μπορεί πρόσκαιρα νά υποχωρήσει μέ τή λήψη νερού, γάλακτος, αντιόξινων φαρμάκων και, στο έλκος τού δωδεκαδοκτύλου, τροφῶν, ένῶ αντίθετα μπορεί μέ τή λήψη τροφῆς νά επιταθεῖ στο γαστρικό έλκος. (Σχ. 49)

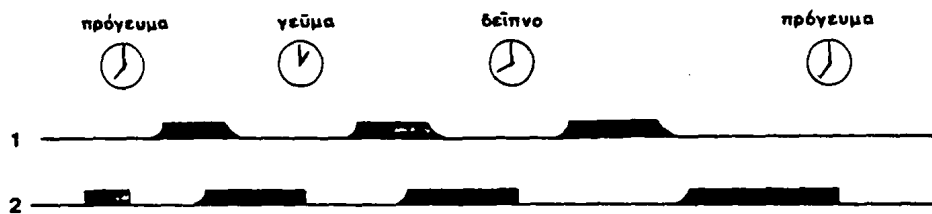
Ή άκτινοβολία τού πόνου δέν είναι ιδιαίτερα χαρακτηριστική, εκτός από τήν περίπτωση έλκος τού δωδεκαδοκτύλου πού διατιτραίνεται στο πάγκρεας, όποτε άκτινοβολεῖ πίσω πρὸς τή ράχη, μεταξύ τῶν δύο ώμοπλατῶν. Κατά κανόνα έντοπίζεται στο έπιγάστριο και δεξιά μέν τής μέσης γραμμῆς συνηγορεῖ για έλκος τού δωδεκαδοκτύλου, όριστερά δέ για γαστρικό. (Σχ. 50, 51, 52)

Άλλα σημεία.

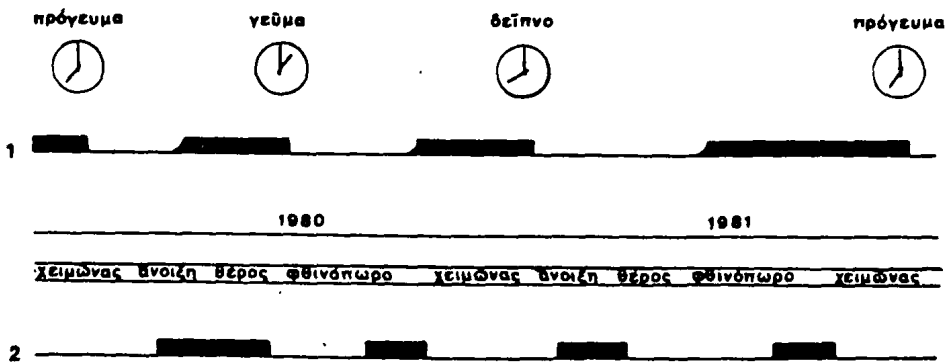




Σχ. 50 Άντανακλάσεις γαστροδωδεκαδακτυλικής αίτιολογίας πόνου.



Σχ. 51 1. Περιοδικότητα του πόνου στο 24ωρο σε έλκος στομάχου.
2. " " " " " " " " 12 λου.



Σχ. 52 1. Περιοδικότητα του πόνου στο 24ωρο σε έλκος 12 λου.
2. " " " " στο χρόνο " " "



ΕΜΕΤΟΙ. Χαρακτηρίζονται από την αίφνιδια αποβολή μέρους ή ολόκληρου του γαστρικού περιεχομένου και αρκετά συχνά ακολουθούν διάφορες διαταραχές, όπως γενική αδυναμία με έκνευρισμό; ναυτία πού μπορεί να μη έξελιχθεί μέχρις αυτούς. Οι έμετοί συνοδεύονται με τάση για λιποθυμία, ώχροτητα του προσώπου και ψυχρούς ιδρώτες. Τό περιεχόμενό τους είναι τροφώδεις, ύδαρές, βλενωδεις, χολώδεις και καιιά φορά με στοιχεΐα αίματος. Άρκετά συχνά έπέρχονται στην άκμή μιās έπώδυνης κρίσης, ή όποία μετά απ' αυτούς παρέρχεται κατά κανόνα. Όταν σέ προσότητα είναι ιδιαίτερα άφθονοι και έπαναλαμβανόμενοι, ή άναπνευστική άπώλεια νερού και ήλεκτρολυτών μπορεί να προκαλέσει βαριές διαταραχές τής ύδρο-ηλεκτρολυτικής ίσορροπίας.

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ. Αύτες είναι περισσότερο έπιπλοκή παρά σύμπτωμα. Έν τούτοις έλκωτικό σύνδρομο σέ ένέργεια μπορεί να συνοδεύεται με μικρή αίμορραγία πού διαπιστώνεται με τήν άνεύρεση Mayer κοπράνων θετικής (άναζήτηση Ηβ).

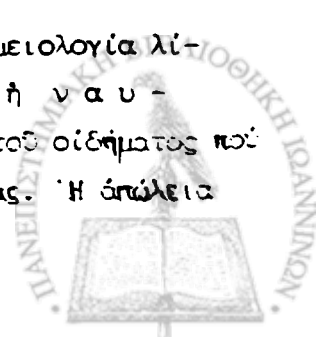
Η γενική κατάσταση, έκτός από τή διάρκεια τών έπιπλοκών, παραμένει πάντοτε καλή. Σημειώνεται μερικές φορές έλάττωση του αιματικού βάρους από περιορισμό τής τροφής, ένω αντίθετα όχι λίγοι άρρωστοι κερδίζουν βάρος έξαιτίας τής υπερβολικής τροφής, τήν όποία παίρνουν με τό σκοπό να μειώσουν τόν πόνο. Όταν οι έπώδυνες κρίσεις είναι έντονες και παρατεταμένες οι άρρωστοι γίνονται εύερέθιστοι και νευρικοί.

Κάποια ιδιομορφία στή σημειολογία σχετίζεται με τήν έντόπιση του έλκους.

Έτσι έλκος τής παρακαρδιακής περιοχής έκδηλώνεται με συμπτωματολογία περισσότερο από τόν οίσοαγό, παρά γαστρική. Ο πόνος είναι όπισθο-ξίφροειδικός και μπορεί να συνοδεύεται με δυσκαγία. Στο γαστρικό έλκος τά συμπτώματα είναι λιγότερο χαρακτηριστικά από τά αντίστοιχα του δωδεκαδοκτύλου. Ο πόνος όκτινοβολεί συνήδως προς τά άριστερά και στήν πλευρόνότητα τών περιπτώσεων ύποχωρεΐ με τά άλκαλικά. Όταν ή έλκωτική βλάβη έντοπίζεται παραπυλωρικώς, τά κλινικά σημεΐα είναι γενικά πιο έπιβραδυσμένα, συχνά ύποχωροΐν με τή λήψη τροφής και άλκαλικών και συνοδεύονται μερικές φορές με έμετούς, πού μπορεί να άφείλονται σέ στήση.

Τά σημεΐα του έλκους του δωδεκαδοκτύλου είναι πιο χαρακτηριστικά. Ο πόνος παίρνει τό χαρακτήρα καψίματος ή σάδισχηση πού έντοπίζεται στο έπιγάστριο. Η άκριβής έδρα του πόνου συχνά προσδιορίζεται με τό δείκτη του άρρώστου.

Τέλος τό άναστοματικό έλκος (μετεγχειρητικό) έχει σημειολογία λιγότερο ιδιόρρυθμη. Ο πόνος έντοπίζεται πιο χαμηλά, ή ναυτία και οι έμετοί είναι συχνοί, έξαιτίας του οίδηματος πού **αίτιολογεί τή μερική άπόφραξη στο στόμιο** τής άπνεύσης έλκους. Η άπώλεια



του βάρους είναι συχνή και σημειώνεται δυνητικά διάρροια. Αν ένα ή το άλλο από αυτά τα συμπτώματα είναι ιδιαίτερα επίμονο μπορεί να πιθανολογηθεί ή δυνατότητα συριγγίου γαστρο-νηστιδο-κολικού.

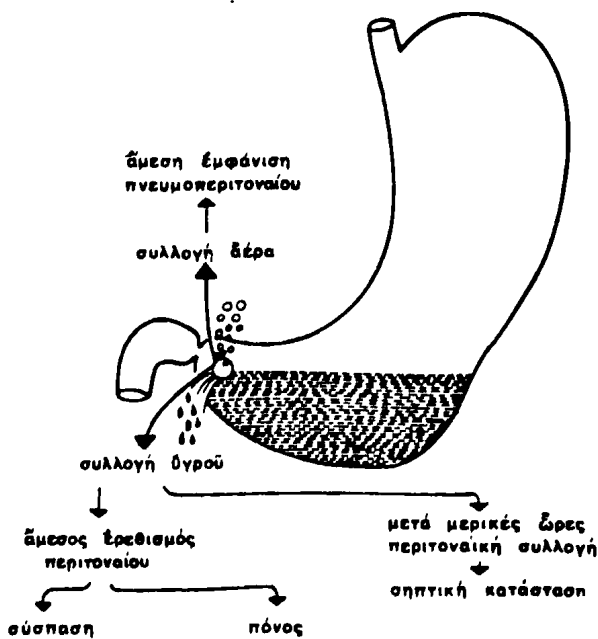
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΩΝ ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΩΝ ΕΛΚΩΝ. Αύτες έχουν ανόμοια βαρύτητα, και ταξινομούνται σε **ὀξεῖες** και **χρόνιες**.

ΟΞΕΙΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ. Αύτες εκθέτουν σε άμεσο κίνδυνο τη ζωή του άρρώστου και απαιτούν την μεταφορά του σε χειρουργικό κέντρο.

Δ) Η ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ. Αύτη επισυμβαίνει συχνότερα στην έλεύθερη περιτοναϊκή κοιλότητα, όπου, η διαφυγή γαστρικού περιεχομένου, προκαλεί γενικευμένη περιτονίτιδα. Χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα σημεία:

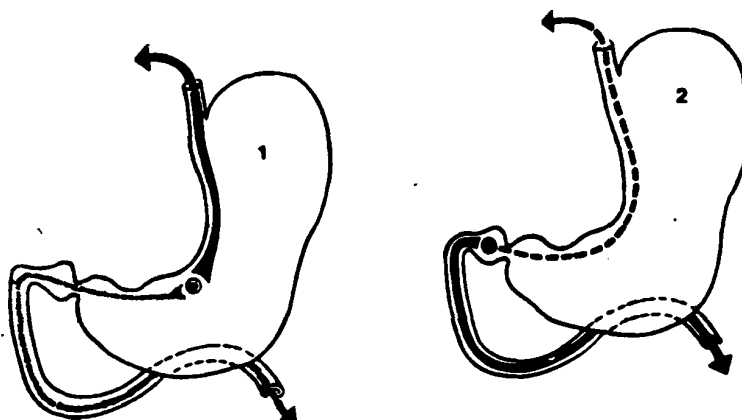
α) Σφοδρό πόνος, αίφνιδιο σά μαχαιριά, στο έπιγάστριο, που διασκορπίζεται στη συνέχεια σ'όλοκληρη την κοιλιά, χωρίς ανύψωση της θερμοκρασίας, και που συνοδεύεται άκως με σημεία πρόσκαιρου **shock**: ταχυκαρδία, μικρή ύπταση και έμετους.

β) **Σύσπαση τών τοιχωμάτων**, γρήγορα γενικευμένη σ'όλη την κοιλιά, άρατή αλλά βασικά ψηλαφήσιμη, συνεχής, τονική, **ευλώδη**, **έπωδυνη**. Συνοδεύεται με υπεραίσθησία του δέρματος και **έπίταση του πόνου** στην παραμικρή ψηλάωση. Ο **δουγλάσειος** με τη δοκτυλική **έξέταση** είναι **έπωδυνος**. (Σκ. 53)



Σκ. 53 Συνέπειες διάτρησης έλκους στην περιτοναϊκή κοιλότητα.





Σχ. 54.

Γαστροδωδεκαεσβακτυλική αίμορραγία.

1. Γαστρική βλάβη: αίματέμεση, μετά μέλαινα.
2. Δωδεκική βλάβη: μέλαινα με ή δίαι αίματέμεση.

γ) Πνευμοπεριτόναιο, συλλογή αέρα ένδοπεριτοναϊκώς, πού έρμηνεύεται κλινικώς με την έλάττωση ή έξαφάνιση τών όρίων τής ήπατικης άμβλύτητας στην επίκρουση, ή με την ύπαρξη περιορισμένης περιεσβαλικής τυμπανικότητας, όταν ο άρρωστος είναι ξαπλωμένος. Ακτινολογικώς έπαληθεύεται με την παρουσία ήμισεληνοειδούς φωτεινης σκιας κάτω από τό δεξιό ήμιδιάφραγμα ή κάτω από τό άριστερό ή ακόμη κάτω και από τά δύο, με την προϋπόθεση ότι ο άρρωστος έξετάζεται όρθιος. Αντίθετα όταν είναι ξαπλωμένος, τότε ο άκτινολογικός έλεγχος γίνεται από τά πλάγια και ή φωτεινή σκιά (συλλογή αέρα) βρίσκεται άμέσως κάτω από τά κοιλιακά τοιχώματα στην περιεσβαλική περιοχή. Η κλινική αυτή σημειολογία πολλές φορές έκδηλώνεται σε δύο χρόνους: πόνος έντονος, ήρεμία, ύρεση δηλαδή του πόνου και στή συνέχεια σφοδρό περιτοναϊκό σύνδρομο, από τό γεγονός τής πρόσκαιρης άπαράξεως τής διάτρησης από γειτονικό όργανο (ήπαρ, επίπλουν), ή άλλα αίτια, όπως ύπολείμματα τροφών κ.λ.π. Η έγχυση γαστρικού περιεχομένου μπορεί νά είναι ακόμα περιορισμένη στην περιτοναϊκή κοιλότητα από λόγους ανατομικούς, όπως στον έλάσσονα έπιπλοϊκό θύλακο ή παθολογικούς από την ύπαρξη συγκύσεων. Η σημειολογία τότε είναι συχνά σιωπηλή και ή διάτρηση έκφράζεται με έπώδυνο έπεισόδιο ποικίλης έντασης, πού γρήγορα ύποχωρεί. Μετά μερικές ώρες ήμέρες έγκαθίσταται ή σημειολογία ύποδιαφραγματικού



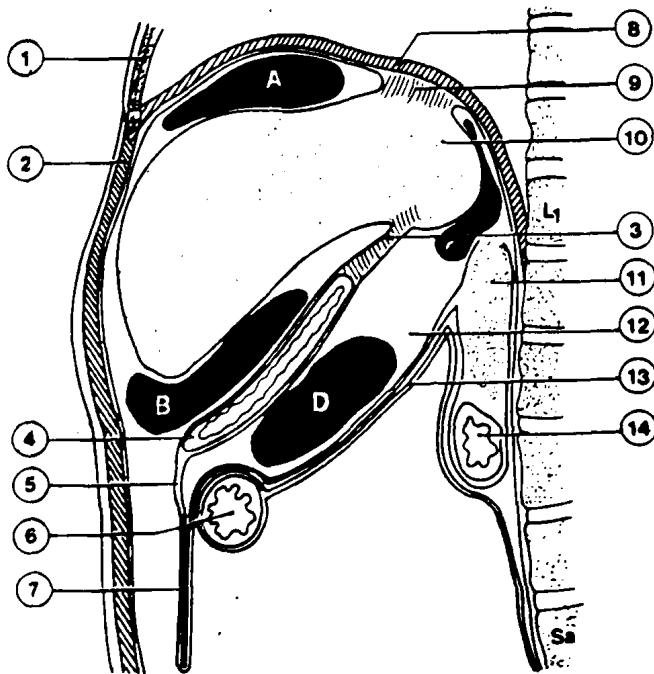
άποσθημάτων, πού αναπτύσσεται μεταξύ διαφράγματος και έγκαρσίου μεσοκώλου και πού χαρακτηρίζεται από γενικά σημεία βαθιάς διαπύσεως: **δψη έπηρεασμένη, γαιώδη, ιδρώτες κολλώδεις, γρήγορο άδυναμία, ύψηλό πυρετό, μέ λευκοκυττάρωση και πολύμορφοπυρήνωση, καθώς και σταθερά λειτουργικά, όπως πόνος βαθιό και έμετοί.**

Στήν έξέταση (ψηλάωση):

α) Αν ή πύδης συλλογή είναι ύψηπαιτική βρίσκεται **ζυμώδης, ύπόσκληρη** περιοχή, καθώς άσориζόμενη και συνεχόμενη μέ τό τοίχωμα.

Στήν άκτινογραφία στό μέσο πλατιάς σκιάς, πού άντιστοιχεί στό άπόστημα, βρίσκεται ύδραερική εικόνα.

β) Αν όμως ή συλλογή είναι ύπερηπαιτική τότε αναπτύσσεται σύνδρομο πλευριτικό, μέ άκινησία του δεξιού ήμιδιαφράγματος και συλλογή ύγρου στό σύστοιχο πλευροδιαφραγματικό χώρο. Οι συλλογές αυτές (άποστήματα) μπορεί νά ραγούν στην περιτοναϊκή ή ύπεζωκοτική κοιλότητα. (εξί,ss)

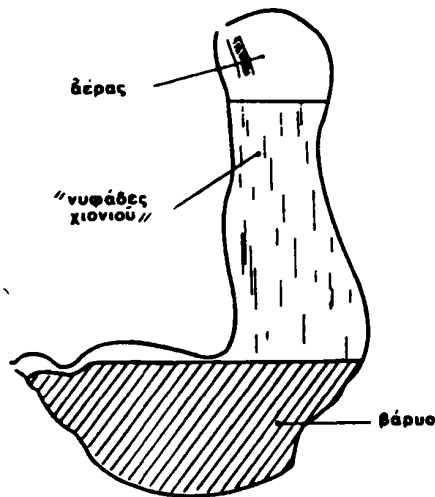


Σχ. 55 Διάφορες έντοπίσεις ύποδιαφραγματικού άποστήματος .

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| 1. Στέρνο . | 8. Διάφραγμα . |
| 2. Κοιλιακό τοίχωμα . | 9. Δρεπανοειδής σύνδ. ήπατος . |
| 3. Έλασσαν έπίπλου . | 10. Ήπαρ . |
| 4. Στόμαχος . | 11. Πάγκρεας . |
| 5. Γαστροκωλικός σύνδεσμος . | 12. Μείζων έπιπλοϊκός θάλακος . |
| 6. Έγκάρσιο κώλο . | 13. Μεσόκωλο . |
| 7. Μείζον έπίπλου . | 14. Δωδεκαδάκτυλο . |

- A. Άνώτερο ύποδιάφρ. άπόστημα (ύπερηπαιτικό) .
 B. Υψηπαιτικό " "
 Γ. Όπίσθιο " "
 Δ. Του μείζονος έπιπλ. θυλάκου .





Σχ. 56 Πυλωρική στένωση. Ακτινολογική εικόνα σχηματικά.

2. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ. Αύτες οφείλονται σε αρτηριακή εξέλκωση παλιού τυλώδους έλκους, σε μικρή διάχυτη αιμορραγία πρόσα- του έλκους περιβαλλόμενου από αλλοιώσεις γαστρίτιδας, κι ακόμα σε σ- νεχή μικρή αιμορραγία γαστρίτιδας από εξέλισσόμενη πυλωρική στέ- νωση. Παίρνουν τό χαρακτήρα επιτυλοκής άφότου ή έντασή τους είναι μεγάλη κι έπαναλαμβάνονται συχνά.

Ή σημειολογία τους είναι έμφανής: άποβολή αίματος πού έξωτερικεύ- εται είτε με αιματέμεση, πού ακολουθείται από μέλαινα, είτε με μέλαινα περιορισμένα, γεγονός πού ίσχύει περισ- σότερο για τά έλκη του δωδεκαδοκτύλου. Τά σημεία πού τίς συνοδεύουν εί- ναι:

Λειτοουργικά: βόμβοι των αύτιών, ίλιγγος, άδιαθεσία, συγκοπτική κατάσταση, αίσθημα δίψας, ανάγκη "άέρα καθαρού".

Γενικά: ταχυκαρδία, πτώση της αρτηριακής πιέσεως και σιέκρυση της διαφορικής, άνησυχία ή αίσθημα κοπώσεως.

Φυσικά: ώχρότητα δέρματος και βλεννογόνων, ψυχρά άκρα (πόδια χέρια) και μύτη.

Τά προβλήματα μιās γαστροραγίας είναι πολλαπλά: Έτσι πρέπει:

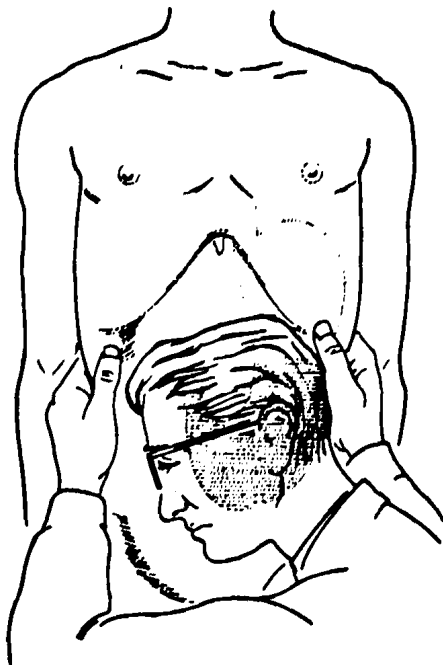
1. Νά έκτιμηθεϊ τό μέγεθος αύτης, δηλαδή ή ποσότητα του άποβληθέντος αίματος, ό βαθμός της ύποτάσεως και της άνιμίας.
2. Νά εφαρμοστεϊ ταχεία θεραπευτική άγωγή, βασικά με τή μετάγγιση αίμα- τος και πάντοτε μετά από διασταύωση αύτου με του άρρώστου.
3. Νά προσδιοριστεϊ ή προέλευση της αιμοραγίας: με τή βοήθεια του ιστο- ρικού, τυχόν προϋπάρχοντος ακτινολογικού έλέγχου, του ρινογαστρικού κα-



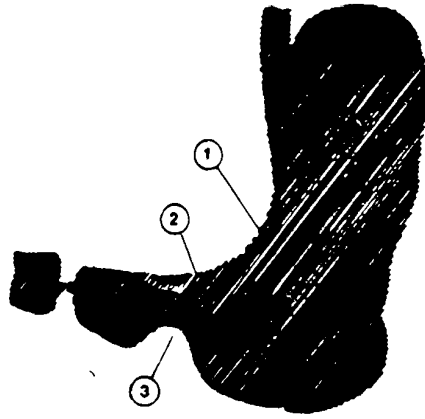
δετήρα καί καιιά φορά του άσκου τών Sengstaken - Blakemore, καί τέλος, 4. Νά εκτιμηθεΐ ή πιθανότητα αυτόματης αιμόστασης: πρόβλημα χειρουργικό πολύ δύσκολο, άπό τό όποΐο εξαρτάται ή ένδειξη ή άντένδειξη μιās έπέι- γουσας χειρουργικής επέμβασης, συχνά ιδιαίτερα εύπαθούς.

ΧΡΟΝΙΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ.

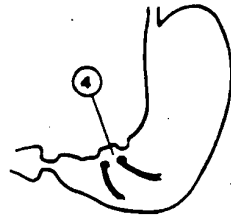
ΠΕΡΙΣΠΛΑΓΧΝΙΤΙΔΕΣ ΧΡΟΝΙΕΣ (ΠΕΡΙΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΤΙΔΑ, ΠΕΡΙΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑ), πού άρρίλονται στην ανάπτυξη συμφύσεων γύρω άπό τό έλκος, τήν επέκταση προ- οδευτικά αύτών προς τά γειτονικά όργανα (έλκος διατητραΐνον). Έκφρά- ζονται μέ άλγη πού έχουν όμως καινούργιο χαρακτήρα, είναι συνεχή, βύθια ή έντονα, μέ τή μορφή, πολλές φο- ρές, κρίσεων όπως: άλγη έπιγαστρικά βαθιά, διατητραίνοντα, πού ήρειμούν μέ τήν πίεση πού άσκει ό ίδιος ό άρρωστος μέ τά χέρια του στην κοιλιακή χώρα, κι έχουν επιπτώσεις στις χοληφόρες όδους καί στο παχύ έντερο. (σχ. 56,57)



σχ. 57 Παφλασμός του στόμαχου σε πυλωρική στένωση.



Σκ. 58
 Αναπαράσταση των καρκινωματιδών
 βλαβών του στομάχου σε
 αρχικά στάδια.



1. Έπιπέδωση.
2. Μηνίσκος
3. Ρίκνωση του μείζονος τόξου Έναντι της "φωλεάς".
4. Διακοπή των γαστρικών πτυχών.

ΣΤΕΝΩΣΕΙΣ

1. ΠΥΛΩΡΙΚΗ: (βλέπε τό είδικό κεφάλαιο γιά τή σημειολογία τών στενώσεων του πυλωρού).

2. ΜΕΣΟ-ΓΑΣΤΡΙΚΗ: σέ συσχέτιση μέ έλκος του έλάσσονος τόξου του στομάχου, συνοδευόμενο από διεργασία φλεγμονώδους και σημαντικής ίνώδους ρικνώσεως του έλάσσονος τόξου, πού προκαλεί **πρωϊμοϋς έμετους**, έντονα **άλγη**, συνεχή ή μέ παροξυσμούς, συχνές **αιμορραγίες**. Δύο έξετάσεις παρακλινικές έπιβεβαιώνουν τή διάγνωση: ο καθετηριασμός του στομάχου μέ ρινογαστρικό καθετήρα, πού αποδίδει λίγο γαστρικό υγρό, άφου όρισμένη ποσότητα περνάει τή στένωση, όψη **δίλοβου** στόμαχου στόν έκτινολογικό έλεγχο.

ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΕΞΑΛΛΑΓΗ. Άφορά στό γαστρικό έλκος και αναλύεται διεξοδικότερα στό οίκετο κεφάλαιο.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ. Άναφέρονται στό οίκετο κεφάλαιο του χειρουργημένου στομάχου.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ

1. Τά λειτουργικά ή γενικά σημεϊα πού προσανατολίζουν στό πεπτικό σύστημα έχουν μεγάλη ποικιλία, όπως:

Έπιγαστρικά άλγη, μέτρια ή μικρά, χωρίς περιοδικότητα.

Μικρή αιμορραγία από τό πεπτικό, συνηθισμένα τυφλή.

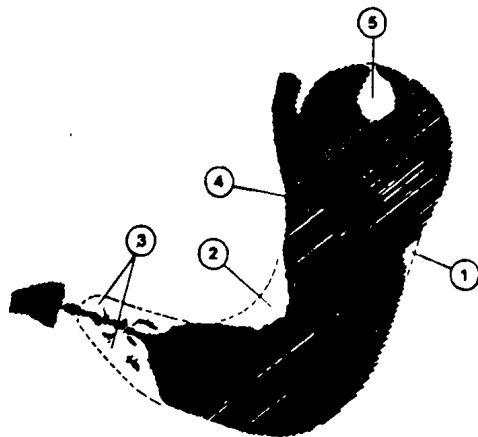
Κοινές δυσπεπτικές διαταραχές: έπιβράδυνση τής πέψης, ναυτία, **ειάρροιες**, ή **ευσκοιλιότητα**.



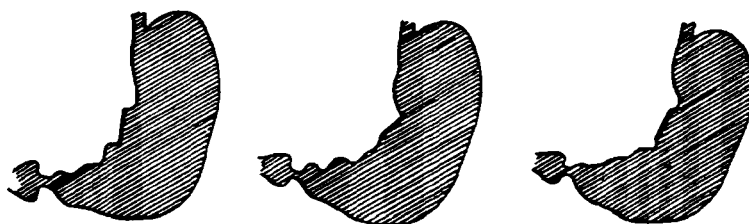
Πολύ συχνά πρόκειται για πρόσφατο άδύνατισμα, άσθενικότητα, προσβολή της θύρας και της χροιάς του προσώπου, άνορεξία, πού άφορα πολλές φορές στό κρέας και τά λίπη, άποστραφή του καρπού.

Όλα αυτά τά γενικά λειτουργικά σημεΐα συχνά εΐναι μικρά και ήπια. Άλλά μεταξύ αυτών ένα μπορεί νά εΐναι ένισχυτικό της πιθανότητας γαστρικού καρκίνου, όταν μάλιστα πρόκειται για άρρωστο πάνω άπό 40 χρονών, συχνά χωρίς ιστορικό άπό τό πεπτικό. Ή όκτινολογική εξέταση τότε πρέπει νά εΐναι συστηματική.

2. Άναζητούνται άπωσδήποτε μερικά έμφανή φυσικά σημεΐα σέ έναν τέτοιο άδύνατο άρρωστο, μέ γαιώδη χροιά του προσώπου όπως: έπιγαστρικός όγκος, όρατός ή ψηλαφητός, μεταστάσεις σέ άπόσταση, πολλοί όζοι ψηλαφητοί στό ήπαρ κάτω άπό τό δεξιό ύποχόνδριο, άδενοπάθεια του ύπερκλειδίου βόθρου άριστερά (άδένας του Troisier), ψηλαφούμενος μέ τά δάκτυλα κεκαμένα και μέ στραφή της κεφαλής και κάμψη προς την ίδια πλευρά, όζοι έμφανεΐς και ψηλαφητοί στην άμφαλική περιοχή, όζοι στό δουγλάσειο ή στίς ώσθήκες (σύνδρομο του Krukenberg) άποκαλύψιμοι μέ τη δοκτυλική κολπική ή όρθική εξέταση. (Σχ. 58, 59, 60)



Σχ. 59 Διάφορες μορφές έλλειματικής εΐκόνας σχηματικά.



Σχ. 60 Σχηματική αναπαράσταση διηθητικού καρκίνου του έλάσσονος τόξου (σάν επιπέουσα σανίδα).

ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΕΙΩΛΟΓΙΑ

1. Ούσιώδη άκτινολογικά σημεία. Μερικές φορές υπάρχουν τυπικές εικόνες πού έρμηνεύουν έξελισσόμενο καρκίνο:

- α) Είτε έλλειμματική εικόνα πολύ χαρακτηριστική, στό χείλος τών τόξων του στομάχου, μέ άνώμαλα καί όδοντωτά χείλη, όπου διακόπτονται τά περισταλτικά κύματα, συνοδευόμενη μέ σκληρία του γειτονικού τοιχώματος.
- β) Είτε εικόνα σκληρής διήθησης, έκτεταμένης, πού τροποποιεί τά περισταλτικά κύματα, όποτε η περιοχή τής βλάβης φέρεται σαν επιπέουσα σανίδα. (Σχ. 61)
- γ) Είτε εικόνα φωλιάς: εύμεγέθους, άνώμαλης, στό μέσον έλλειμματικής εικόνας, πού μοιάζει σά μηνίσκος.

Πολύ σπάνια εικόνες πío πρώϊμες, όπως μικρής έντοπισμένης έμβυθήσεως, άνωμαλίας στή γωνία στομάχου καί τέλος εικόνα έλκωτικής φωλιάς, πού δύσκολα διαχωρίζεται από τήν έλκωτική, αλλά πού μπορεί νά είναι βαθιά έντοπισμένη στό τοίχμα καί μέ περιελκωτικά χείλη πού διαχωρίζουν σαφώς τή φωλιά από τόν υπόλοιπο στόμαχο.

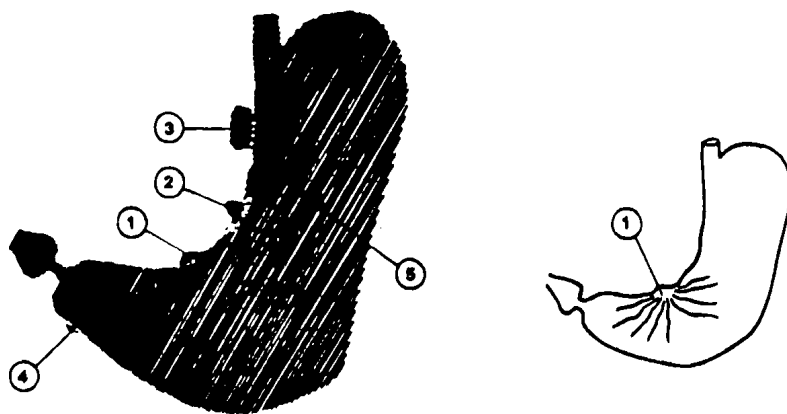
Όλα τά άναφερθέντα άκτινολογικά σημεία πρέπει νά άνευρίσκονται στίς άκτινογραφίες μιās καί τής αύτης σειράς, ένώ σέ άκριβες περιπτώσεις πρέπει νά επαναλαμβάνεται ό άκτινολογικός έλεγχος με πίεση του έπιγαστρίου καί μετά χορήγηση μορφίνης, όποτε αύξάνει ό περισταλτισμός του στομάχου.



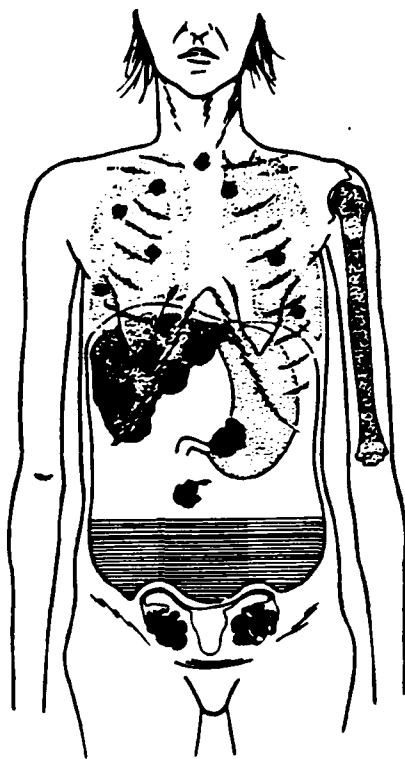
Όπωςδήποτε και σε άλλη ύποπτη ακτινολογική εικόνα, ή κλινικοακτινολογική δοκιμασία είναι επιβεβλημένη και συνίσταται : σε έντιελκωτική συστηματική θεραπεία μερικών εβδομάδων, γύρω στις τέσσερες, στην επανάληψη του ακτινολογικού ελέγχου και στην περίπτωση που δεν έχουν τροποποιηθεί τα στοιχεία αυτού σε άμεση χειρουργική θεραπεία.

2. Γαστροσκοπικά σημεία. Η γαστροσκόπηση επιτρέπει πολλές φορές την άμεση θεώρηση βλάβης, που ακτινολογικώς δεν είναι τόσο έμφανής. Επιτρέπει τη βιοψία ή την αναρρόφηση και την κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου. Σήμερα διευκολύνεται περισσότερο με τη χρησιμοποίηση του εύκαμπτου γαστροσκοπίου, με το οποίο είναι προσπελάσιμες όλες οι περιοχές του στομάχου.

3. Λαπαροσκοπικά σημεία. Η λαπαροσκόπηση επιτρέπει προφανώς την επίσκόπηση των γαστρικών βλαβών, όταν αυτές βρίσκονται στην πρόσθια επιφάνεια του οργάνου με τη μορφή μιας διόγκωσης ανώμαλης, λευκάζουσας. Επιτρέπει επίσης τη διαπίστωση αιμηλάμητων ηπατικών καταστάσεων.



Σχ. 61 Διάφοροι τύποι "φωλεάς", Σχηματική ακτινολογική εικόνα.



Σχ. 62 Μεταστάσεις καρκίνου του στομάχου.

ΕΞΕΛΙΞΗ. Σέ μερικούς μήνες ό καρκίνος του στομάχου καθίσταται άνευχεΐρητος. Ό όγκος αύξάνει, ή πέψη τών τροφών γίνεται άδύνατη, ή γενική κατάσταση επιδεινώνεται, οί μεταστάσεις αναφαίνονται, ιδιαίτερα οί ήπατικές, άρκετά επώδυνες. Ό άρρωστος καταλήγει σε καχεξία ή από έπιπλοκή, όπως αίμορραγία, ίκτερος άποφρακτικός, περιτονίτιδα από διάτρηση, φλεγμονώδεις καταστάσεις. (Σχ. 62)

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΛΛΑΓΕΣ. Αύτές είναι άσφως διάφορες:

1. Συμπτωματικές, πολυάριθμες, μέ ύπεροχή ενός κλινικού σημείου ή μέ μεταστάσεις άποκαλυπτικές.

Τοπογραφικές.

Καρκίνος άντροπυλωρικός: Ή διάγνωση συχνά είναι δύσκολη στην άρχή, δίνει άρκετά σύντομα σημεία πυλωρικής στένωσης, κάποτε άποκαλυπτικά. Ή άκτινογραφία δείχνει στόμαχο διατεταμένο μέ ύγρά από στάση, τό πυλωρικό άντρο άκρωτηριασμένο, τόν πυλωρικό σωλήνα εκκεντρο και έλικοειδή.

Καρκίνος τής καρδίας μέ λειτουργικά σημεία από τό στόμαχο, πού προστίθενται στά οίσοαγικά: Δυσφαγία, λόξιγγας, άναγωγές, θωρακικά άλγη. Ή διάγνωση βασίζεται στην οίσοαγοσκόπηση και στον άκτινολογικό έλεγχο.

Καρκίνος του μείζονος τόξου του στομάχου, συχνά σιωπηλός, μέ διάγνωση περισσότερο άκτινολογική, πού άπαιτεί ποικίλες τεχνικές.

Καρκίνος του σώματος του στομάχου, πού δίνει είκόνα στένισης μεσogaστρικής (δύλοβος στόμαχος).



Καρκίνος έλκώμορφος με κλινική και ακτινολογική σημειολογία παρόμοια με έλκος, αλλά πού στόν όποιο ή κλινικοακτινολογική δοκιμασία επιβεβαιώνει τήν κοιοθήτη φύση με τήν άπουσία ακτινολογικής βελτίωσης, ύστερα από συστηματική αντιελκωτική θεραπεία τεσσάρων περίπου έβδομάδων.

Άνατομοκλινικές. Καρκίνος βλεννογόνοιο, (in situ) περιορισμένος στό βλεννογόνο και με βραδεία έξελεκτικότητα. Πλαστική λιγίτιδα, με έντονη διηθητική δραστηριότητα, πού μετατρέπει μέρος ή όλόκληρο τό στόμαχο σέ ακαμπτοσωλήνα, με βραδεία έξελεκτικότητα.

Καρκίνος σέ προϋπάρχουσα καλοήθη πάθηση, όπως: άτροφική γαστρίτιδα, έλκος γαστρικό (έλκώμορφος καρκίνος).

ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Σπάνιοι, άναπτύσσονται πολύ συχνά στόν άνδρα. Είηαι πολύ συνηθισμένα έμφισχοι κι έντοπίζονται πολλές φορές στό πυλωρικό άντρο. Κλινικώς είηαι κατά κανόνα σωπηλοί ή προκαλούν διάχυτα ήπια άλγη, χωρίς περιοδικότητα, αλλά πού μπορεί νά επιπλοκούν: με αίφνίδια άπόφραξη τοϋ πυλωροϋ άπό τόν όγκο, με αιμορραγίες, πού προκαλούν άναιμία, και τέλος νά ύποστοϋν κακοήθη έξαλλαγή. Ιστολογικώς είηαι άδενώματα, ίνώματα ή ίνομομώματα, λιπάματα, άγγειώματα, θηλώδεις όγκοι, σβαννώματα. Η διάγνωση είηαι κυρίως ακτινολογική, γαστροσκοπική και ιστολογική.

ΠΥΛΩΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ

Καλεΐται πυλωρική στένωση τό σύνδρομο πού χαρακτηρίζεται από τή μερική ή πλήρη δυσχέρεια στήν κένωση τοϋ στομάχου, σέ συσχέτιση με διαταραχές τής λειτουργικότητας τοϋ πυλωροϋ. Η δυσλειτουργία αύτή μπορεί νά είηαι σπασμώδική, λειτουργική, νευρογενοϋς προελεύσεως. Μπορεί όμως νά είηαι όργανική, άφειλόμενη σέ έμφανή βλάβη τοϋ πυλωροϋ και έξελισσόμενη σέ δύο φάσεις: φάση άρχική, δυναμική, όπου επιπροστίθεται ό σπασμός τοϋ στομάχου και φάση δευτερογενή, παραλυτική, όπου ό στόμαχος χωρίς νά δύναται νά άντιδράσει, διατείνεται και γίνεται άτονος.

Δυναμική φάση τής στενώσεως.

Αύτή εκφράζεται με έπιγαστρικά άλγη, πού έπέρχονται περισσότερο από τρεις ώρες μετά τό γεϋμα, με διάρκεια προοδευτικά αύξανόμενη και ύποχωροϋν με τούς τραχώδεις έμετοϋς, έπερχόμενους βραδύτερα, μετά τό γεϋμα. Άπ' αύτοϋς προκαλεΐται συχνά γρήγορο αλλά μετριο άδύνατισμα.

Στήν κλινική έξέταση άναζητοϋνται:



Στήν έπισηκόπηση: έμφανή σέ άδύνατα άταμα, περισταλτικά κύματα του στομάχου α ύ τ ό μ α τ α ή έκλυόμενα από έρεθισμό, πού διασχίζουν τό έπιγάστριο από άριστερά προς τά δεξιά.

Στήν έπίκρουση και άκρόαση: μέ την πλήξη του έπιγαστρίου ή τή σείση και σέ νηστικό άρρωστο γίνεται άντιληπτός παφλασμός του στομάχου.

Δύο συμπληρωματικές έξετάσεις είναι άπαραίτητες.

1. Ό καθετηριασμός του στομάχου, άδειανού, πού άποδίδει περισσότερο από 100 ml ύπόλειμμα γαστρικού ύγρου, συχνά ύπερόξινο και πού περιέχει ύπολείματα τροφών.

2. Η άκτινολογική έξέταση:

α) Άκτινοσκοπήση: Βραδεία κάθοδος του βαρίου, πού πέφτει σά νυράδες χιόνι στό ύγρό της στάσεως, και δίνει είκόνα διπλοϋ έπιπέδου. Ό στόμαχος είναι διατεταμένος και ό πυλωρός του δέν έπιτρέπει παρά βραδεία και άτελή διόδο του βαρίου.

β) Άκτινογραφίες: Προσδιορίζουν τό μέγεθος του στομάχου, τό ποσό των ύγρών της στάσεως και την καθυστέρηση διόδου στό δωδεκαδάκτυλο.

Παραλυτική φάση πυλωρικής στένωσης.

Η άτονία του στομάχου έπέρχεται περισσότερο ή λιγότερο γρήγορα και τροποποιεί τά προηγούμενα κλινικά σημεία.

Τά άλγη γίνονται συνεχή αλλά πιο ήπια ή έξαφανίζονται. Οι έμετοί, περισσότερο διαχωρισμένοι, γίνονται άφρονοι και πολύ συχνά προκλητοί. Τό περιεχόμενο είναι δύσοσμο από τή στάση και παραμονή των τροφών για πολλές μέρες στό στόμαχο. Προκαλούνται δύσοσμες έρυγές και δυσκοιλιότητα.

Η γενική κατάσταση έπηρεάζεται σοβαρά, γεγονός πού έπιφέρει άδυναμία, άφυδάτωση, ξηρότητα του δέρματος πού είναι έκδηλη από την παραμονή για άρκετές στιγμές των πτυχών όταν άναίρεται σέ τέτοιες. Στήν άκτινολογική έξέταση τά περισταλτικά κύματα έχουν έξαφανιστεί, αλλά ό παφλασμός είναι πιο έκδηλος. Από παρακλινική άποψη στόν καθετηριασμό του στομάχου διαπιστώνεται ή παρουσία μεγάλης ποσότητας γαστρικού ύγρου, στόν άκτινολογικό έλεγχο με γάλη διάταση του στομάχου, πού δείχνει τό μεΐζον τόξο νά φθάνει στό ύπογάστριο, ίσχνά περισταλτικά κύματα, και τέλος βιοχημικώς σημαντικές ύδροηλεκτρολυτικές διαταραχές, όπως πτώση των λευκωμάτων, του χλωρίου του νατρίου, του καλίου, αύξηση της ούριας και της άλκαλικής παρακαταδήκης.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΧΙΥ

ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΕΣ

ΘΕΣΙΑ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ

Από τὰ λειτουργικά σημεῖα τῆς, ὁ πόνος εἶναι τὸ πῖο σημαντικό στοιχεῖο, δὲ λείπει ποτέ, εἶναι αὐτόματος, έντονος καί συχνά διαξιφιστικός.

Ἐκδηλώνεται προσδευτικά, συχνά ταχύτατα ἐπιδεινώνεται ἢ ἀπὸ τὴν ἀρχὴ εἶναι πολὺ αφοδός σά μαχαιριά. Ἀσχικά έντοπίζεται κατὰ κανόνα στὴν περιοχὴ ὅπου ἡ αἰτιολογικὴ ἔστία, ἀλλὰ γρήγορα διασκοπίζεται σ' ὄλη τὴν κοιλιά καί ταυτόχρονα παραμένει στὴ μέγιστη έντασή του σὸ ἀρχικό σημεῖο ἐκλύσεως, στοιχεῖο πού εἶναι σημαντικό νά προσδιοριστεῖ, πῖο εὐκόλα καί καλύτερα μάλιστα μέ τίς λεπτομερειακές ἐρωτήσεις τοῦ ιστορικοῦ. Πάντοτε ἡ έντασή του αὐξάνει κατὰ τὴν ψηλάωση.

Ἄλλα σημεῖα εἶναι συχνά, πού ὅμως ἀπέχουν ἀπὸ τοῦ νά ἔχουν τὴν ἴδια μέ τόν πόνο διαγνωστικὴ ἀξία καί πού, ὅταν ἀπουσιάζουν, δέν μποροῦν νά ἀπαμαρύνουν ἀπὸ τὴ διάγνωση τῆς περιτονίτιδας.

Οἱ ἐμετοὶ εἶναι τρανώδεις καί μετὰ χολώδεις.

Ὁ λόξιγγας, σύμπτωμα πρῶτο, ὅταν ἡ ἀρχικὴ ἔστία εἶναι γειτονικὴ σὸ διάφραγμα, καί πού τότε συνοδεύεται συχνά μέ πόνο ἀμφοτερόπλευρο στίς υπερκλείδιες ἢ μασχαλιαῖες περιοχές, εἶναι στοιχεῖο πού ἐρμηνεύει τὴν ἐπίδραση στά φρενικά νεῦρα. Μπορεῖ ὅμως νά εἶναι σύμπτωμα ὀψιμο καί ἀρκετά συχνά ἐνοχλητικό, ὅποτε ἐρμηνεύει ἐκτεταμένο ἐρεθισμό τοῦ περιτοναίου.

Ἡ ἀναστολή τῆς προόδου τοῦ έντερικοῦ περιεχομένου (ἀερίων καί κοπράνων) εἶναι πολὺ συχνή, ἀλλὰ μπορεῖ νά παρατηρηθεῖ μερικές φορές ἀντίθετα διάρροια.

Τὰ γενικά σημεῖα, πού ἐρμηνεύουν τὴν αφοδρότητα τῶν ἐπιπτώσεων τῆς περιτονίτιδας στὴν οἰκονομία τοῦ ὀργανισμοῦ ἔχουν σπουδαία προγνωστικὴ ἀξία. Ὁ πυρετός ἔχει ποικίλες διακυμάνσεις, ἀνάλογα μέ τὴν αἰτιολογία τῆς περιτονίτιδας, ένῶ ὁ σφυγμός εἶναι πάντοτε ταχύς, πολὺ συχνά πάνω ἀπὸ 100 σφύξεις. Ἡ διασταύρωσή του μέ τὴ θερμοκρασία, ταχυσυγμία δηλαδή καί πυρετός χαμηλός, ἐρμηνεύει ἰδιαίτερα τοξικὴ λοίμωξη. Ἡ ἀρτηριακὴ πίεση εἶναι συχνά χαμηλὴ καί καμιά φορά μικρὴ ἐπίσης ἢ διαφορική. Σ' ὀρισμένες περιπτώσεις μπορεῖ νά ἐγκατασταθεῖ στὴν ἀρχὴ τῆς περιτονίτιδας καί κατὰ τρόπο πρόσκαιρο ἢ διασκή, choc, πολὺ ἢ λίγο ἐκδηλο, μέ νηματωειδὴ σφυγμό καί πῶση τῆς ἀρτηριακῆς πίεσης.



Ἡ ἀλλοίωση τοῦ προσώπου, μέ τραβηγμένα χαρακτηριστικά, βαθουλωμένα μάτια, χρώμα πού γίνεται γαιῶδες, εἶναι τόσο γρήγορα χαρακτηριστική ὥστε νά καλεῖται περιτοναϊκό πρόσωπεϊο. Ἡ ἀνή εἶναι ἐξασθενημένη, χαμηλή καί σπασμένη. Οἱ βλεννογόνοι (τῆς γλώσσας π.χ.) καί τό δέρμα, πού ὅταν αἱρεται σέ πτυχές, αὐτές παραμένουν, εἶναι ξηροί. Τά οἴρα εἶναι λιγοστά καί βαθυχρωματικά, καί γενικά ὑπάρχουν ὄλα τά στοιχεῖα πού ἐρμηνεύουν τήν ἀπώλεια νεροῦ καί ἠλεκτρολυτῶν.

Φυσικά σημεῖα.

Ἡ σύσπαση τῶν κοιλιακῶν τοιχωμάτων εἶναι τό στοιχεῖο πού ἐπιβεβαιώνει τήν περιτονίτιδα. Ἡ σημασία της, ἀπόλυτα ἀποφασιστική, ἐπιβάλλει τήν ἀναζήτησή της μέ ἀψογή τεχνική: Μέ τήν λεπτομερειακή ἐπισκόπησιν τῆς κοιλιάς στήν ἀρχή καί μετά μέ τήν προσεκτική ψηλάφησιν. Μέ τά χέρια τεταμένα, ζεστά, ἡ ψηλάφηση ἀρχίζει ἀπό τίς περιοχές πού αὐτόματα πονοῦν λιγότερο, ἀφοῦ ἔχουν ἐλαφρῶς καμθεῖ οἱ μηροί στή λεκάνη, καί ἔχει προστεθεῖ τό προσκέφαλο ὥστε νά ἀνασηκωθεῖ ὁ κορμός κι ἔτσι νά ὑπάρχουν συνῆκες γιά τήν ὅσο τό δυνατόν μεγαλύτερη χαλάρωση τῶν κοιλιακῶν τοιχωμάτων. Ταυτόχρονα παρακολουθοῦνται οἱ ἀντιδράσεις τοῦ παύχοντος, πού παυτοεκδηλώνονται στό πρόσωπό του.

Κατά τήν ἐπισκόπησιν ἡ σύσπαση δίνει ὀψη σκληρῆς τεταμένης καί εἰσέχουσας κοιλιάς. Ἡ ἀπουσία ἢ ἡ σαφῆς μείωση τῶν ἀναπνευστικῶν κινήσεων της εἶναι ἐκδηλη. Κάτω ἀπό τό δέρμα της πολύ ἢ λίγο εἶναι ὀρατοί οἱ δύο ὀρθοί κοιλιακοί μύες, συνυποσπασμένοι ἐκατέρωθεν τῆς μέσης γραμμῆς.

Στήν ψηλάφηση γίνεται αἰσθητή ἡ σύσπαση ὄλων τῶν τοιχωματικῶν μυῶν, πού εἶναι ἔντονα σκληρή, τονική, δηλαδή πού τείνει νά αὐξηθεῖ στό μέγιστο ὅταν ἡ ψηλάφηση γίνεται ἐπίμονη. Εἶναι ἀκόμη ἀκατανίκητη, συνεχῆς, ἐπώδυνη. Ἡ κοιλιά ἔχει καταστεῖ πραγματικά σάνιδώδης. Ἡ σύσπαση αὐτή ταχύτατα γενικεύεται σ' ὄλη τήν κοιλιά. Βρίσκεται ἐντοπισμένη μόνο στήν περιοχή τῆς αἰτιολογικῆς ἐστίας τῆς περιτονίτιδας, ὅταν ἡ κλινική ἐξέταση γίνεται σέ πολύ πρῶτο στάδιο. Σέ μερικά λεπτά ἢ μερικές ὥρες αὐτή καταλαμβάνει ὀλόκληρη τήν κοιλιά. Συχνά ἡ ἔνταση τοῦ προκαλούμενου πόνου κατά τήν ψηλάφηση, πού παρακολουθεῖται μέ τήν ἐπισκόπησιν τοῦ προσώπου τοῦ ἀρρώστου, ἐπιτρέπει νά ἐντοπισθεῖ τό μέγιστο τῆς σύσπασης, πού ἐδράζεται γενικά στήν περιοχή τῆς ἀρχικῆς αἰτιολογίας.

Ἄλλα σημεῖα πού συνοδεύουν τό παθολογικόν αὐτό σημεῖο, τῆ σύσπαση, εἶναι ἡ ὑπεραισθησία τοῦ δέρματος τῶν κοιλιακῶν τοιχωμάτων, ἡ ἐξακάνισση τῶν ἀντανωλαστικῶν τῆς κοιλιάς, ἀλλά κυρίως ὁ ἔντονος πόνος τοῦ δουλασίου, πού διαπιστώνεται μέ τήν ἀστυλιική ἐξέταση, ἀπό τό ὄσο ἢ τόν κόλπο.



Όρισμένα φυσικά σημεία πρέπει επίσης να αναζητούνται και πού είναι χαρακτηριστικά για κάθε αιτιολογία και επιτρέπουν να προσδιοριστεί ή προέλευση της περιτονίτιδας. Η αναζήτηση του πνευμοπεριτοναιίου (έξαράνιση της προηπατικής άμβλύτητας σε μισοκαθιστική θέση) για παράδειγμα πρέπει να είναι συστηματική και πού η παρουσία του επιτρέπει τη βεβαίωση διατήρησης κοίλου σπλάγχνου.

Άκτινολογική εξέταση της κοιλιάς.

Στήν παραμικρή άμφιβολία πρέπει να εκτελείται ή άκτινολογική εξέταση της κοιλιάς χωρίς προπαρασκευή. Αύτη θα άσποκαλύψει ή θα έπιβεβαιώσει πνευμοπεριτόναιο και μερικές φορές μεγάλο ύδραερικό επίπεδο στην κοιλιά, πού άρειέται σε σημαντική ένδοπεριτοναϊκή συλλογή.

Βιολογικές έξετάσεις. Τύπος του αίματος, προσδιορισμός των ήλεκτρολυτών, της ούρίας, της ομάδας αίματος, μεταξύ των άλλων είναι άπαραίτητες έξετάσεις, για να έκτιμηθεί ο βαθμός της φλεγμονής, ή ένταση των ύδροηλεκτρολυτικών διαταραχών, ή γενική κατάσταση του άρρώστου και έτσι να προσδιοριστούν καλύτερα οι θεραπευτικές ένδείξεις, πού πρακτικά είναι πάντοτε χειρουργικές.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ

Άπό άποψη αιτιολογική ή όξεία περιτονίτιδα μπορεί να έπιπλέξει άριθμό χειρουργικών παθήσεων, όπως όξεία σκληκοειδίτιδα, διάτρηση γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους, λοιμώξεις του έσω γεννητικού συστήματος της γυναίκας, όξεία χολοκυστίτιδα, διάτρηση όγκου του πεπτικού σωλήνα, τραυματισμούς, κ.λ.π.

Οι όξετες άμιγεις περιτονίτιδες είναι οι πιο συχνές. Χαρακτηρίζονται άπό σαφή συμπτωματολογία. Η εξέλιξη τους είναι ταχεία, και για αυτό άπαιτούν άμεση, ένεργητική θεραπεία. Διαφορετικά εξέλισσονται ταχύτατα σε 4 - 6 ήμέρες προς τό θάνατο μέσα σε εικόνα περιτοναϊκής προσβολής, όπου τά γενικά τοξικά σημεία έπιδεινώνονται γρήγορα, άναφαίνονται σημεία άποκράξεως (μετεωρισμός της κοιλιάς, άναστολή της προόδου του έντερικού περιεχομένου και άποβολής άερίων) και όπου ή σύσπαση μειώνεται βαθμιαία και έξασπνίζεται στο τελικό στάδιο.

Οι περιτονίτιδες πού εξέλισσονται υπό την κάλυψη άντιβιοτικών άποτελούν μια άλλη ποικιλία ή όποία πρέπει να είναι γνωστή:

μέ την έκδήλωση των πρώτων συμπτωμάτων, άντιβιοθεραπεία, συχνά σε μέτριες ή χαμηλές δόσεις, χορηγείται στα τυφλά χωρίς άκριβή διάγνωση. Αύτες τότε άκολουθούν μια εξέλιξη νόθο, όπου τά γενικά σημεία είναι πιο λίγο έντονα, ο πυρετός είναι συχνά μέτριος, τά λειτουργικά σημεία είναι πολύ λίγο έξελα, ή άντίδραση του περιτοναίου δεν είναι σαφής και δεν υπάγει γενι-



κειμένη σύσπαση. Όπωςδήποτε με την ψηλάφηση βρίσκεται αντίστασις, περισσότερο ή λιγότερο έκτεταμένη και σταθερή στις αλληλοδιαδόχους έξετάσεις, ο πυρετός παραμένει μέτριος και η γενική κατάσταση έπιρραζείται.

Περιτονίτιδες τοξικές, άφειλόμενες σε τοξίνες πού εκκρίνονται από όρισμένα μικρόβια (άνερόβια), διακρίνονται για τη μεγάλη ταχύτητα της εξέλιξώς, πού μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο σε 24 ώρες. Η άμεση βαρύτητα των γενικών σημείων έρχεται σε αντίθεση με τα φυσικά σημεία, πού καμιά φορά είναι σχεδόν άνύπαρκα, όπως π.χ. άπλή μυϊκή αντίσταση, μετωρισμός της κοιλιάς. Η εξέλιξη είναι αροδρή και τα σημεία έρμηνεύουν πολύ βαριά τοξική κατάσταση, με έκδηλη άφυδάτωση, γαιώδες προσωπέιο, ασυγμό άψηλάφητο, άσπρα ψυχρά, θόλωση της διανοίας, άγωνία, δύσπνοια.

Περιτονίτιδες τέλος πού άφείλονται σε σηψαιμία. Σ' αυτές συχνά πρέπει να διαχωριστούν οι πνευμονοκοκκικές, οι στρεπτοκοκκικές οι όξειες φυματιώδεις.

ΟΞΕΙΕΣ ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΕΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΕΣ

Παρόλο ότι μία περιτοναϊκή λοίμωξη μπορεί μερικές φορές να έξελιχθεί σε διαπύση σε περιοχή της κοιλιάς περιορισμένη κάτω από τό έγκάρσιο μεσόκολο, όπως για παράδειγμα είναι τό άπόστημα στο δουγλάσιο ή στους λαγόνιους βόθρους σε όξεια σκωληκοειδίτιδα, σιγμοειδίτιδα, φλεγμονές των έξαρτημάτων (σαλπγγίτιδα), όμως παραμένει γεγονός ότι οι έντοπισμένες περιτονίτιδες διαπυήσκονται πολύ συχνά στον περιτοναϊκό χώρο πάνω από τό έγκάρσιο μεσόκολο. Οι έντοπισμένες αυτές περιτονίτιδες μεταξύ διαφράγματος και έγκαρσίου μεσοκόλου φέρονται με τον όρο ύποδιαφραγματικά άποστήματα. Η βαθιά έντόπισή τους, μεταξύ των σπλάγγων της άνω κοιλιάς, κάτω από τα πλευρικά τόξα και κοντά στη θωρακική και την άσφυϊκή περιοχή, έξηγούν τις διαγνωστικές δυσκολίες και τις ίδιαιμορφίες στη σημειολογία τους. Έτσι μπορούν να περιγραφούν για λόγους ανατομικούς ύποδιαφραγματικά άποστήματα, άνώτερα, προσθιοπίσθια, όπίσθια, ύπερηπατικά, ύφηπατικά κ.λ.π. Η αίτιολογία τέτοιων άποστημάτων είναι ποικίλη: Έτσι μπορεί να διακριθούν ύποδιαφραγματικά πρωτοπαθή, πολύ σπάνια και άπύτνα μιās σημαϊμικής κατάστασης, και τά πιο συχνά, τά δευτεροπαθή, είτε από τραυματισμό της κοιλιάς πού προκαλεί ήπατική ή σπληνική βλάβη, είτε πιο συχνά από ένδοκοιλιακή πάθηση, όπως γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος, καρκίνος του στομάχου, όξεία σκωληκοειδίτιδα με άνίσυσα φηρά, μόλυνσεις ήπατος και χοληδόχου κύστεως κ.λ.π.

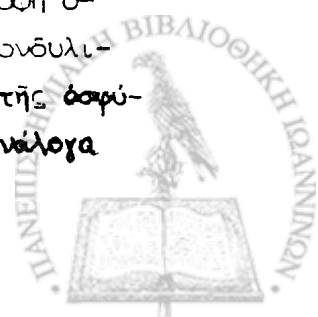


Ἡ συμπτωματολογία μπορεῖ νά σχηματοποιηθεῖ σέ δύο στάδια:

α) Τό ἀρχικό, πού ἀνταποκρίνεται στήν προοδευτική ἐγκατάσταση τῆς λοίμωξης στίς ὑποδιαφραγματικές περιοχές, μέ περιοχὴ ἐνάρξεως τὴν αἰτιολογικὴ ἔστια. Σημειώνεται ἐπομένως ἄλγος στό ὑποχόνδριο, στό δεξιό πιό συχνά ἀπὸ ὄ,τι στό ἀριστερό, ἢ στό ἐπιγάστριο, διαταραχὲς τῆς προόδου τοῦ ἐντερικοῦ περιεχομένου, ναυτία καί ἐμετοί, πυρετός μέ γρήγορη προσβολὴ τῆς γενικῆς καταστάσεως. Τό ἀρχικὸ αὐτὸ στάδιο προοδευτικὰ ἐπιδεινώνεται. Μερικὲς φορές καλύπτεται ἀπὸ ἀρχικά ὀξέα φαινόμενα, πού ἀκολουθοῦνται ἀπὸ φάση ἀτελοῦς ὑρέσεως. Μπορεῖ κυρίως νά βρεθεῖ τροποποιημένο ἀπὸ τὰ ἴδια χαρακτηριστικὰ σημεῖα πού ἀφίλονται στήν ἐξέλιξη τῆς αἰτιολογικῆς λοίμωξης ἢ ἀπὸ τὸ γεγονός ὅτι τὸ ἀπόστημα ἀποτελεῖ μετεγχειρητικὴ ἐπιπλοκὴ μιᾶς χειρουργικῆς ἐπέμβασης.

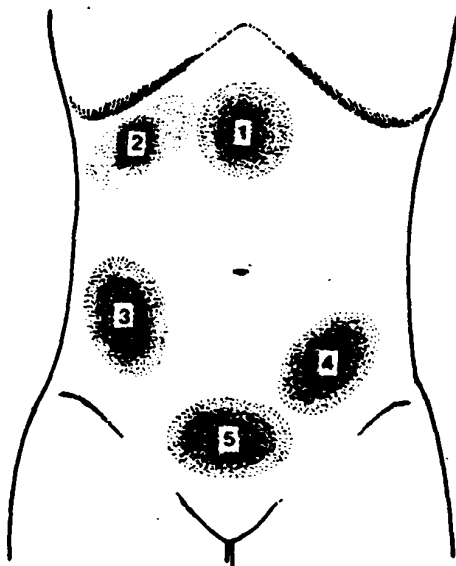
β) Τὸ στάδιο τῆς ἐγκατάστασης, ὅπου ἡ συλλογὴ ἔχει ὀλοκληρωθεῖ καί ἡ εἰκόνα εἶναι χαρακτηριστικὴ μιᾶς βαθιᾶς διαπύσεως. Στὰ γενικά σημεῖα τότε παρατηρεῖται ἀπίσχυση, ἀσθενικότητα, ἀϋπνία, ψηλὸς πυρετός, διαλείπων, μέ ἀφίκια καί ἰδρώτες στυγμὸ ὀμαλό ἀλλὰ ταχύ, ὀψη γαυώδη, γλώσσα ἀκόθαρτη, ὀλιγουρία.

Ἀπὸ τὰ γενικά καί φυσικά σημεῖα πού παρατηροῦνται σέ ὑψηλὴ ἐντόπιση τοῦ ἀνωτέρου (ὑπερηπατικοῦ) ἀποστήματος, ἀναφέρεται δύσπνοια, βήχας καί λόξιγγας, πόνος μέ τὴ μορφή φρενικῆς νευραλγίας πού ἀκολουθεῖ διαδρομὴ παραστερνική, πού φθάνει μέχρι τίς δύο καταφύσεις τοῦ στερνοκλειδομαστοειδοῦς μυός. Στὴν ἐξέταση παρατηρεῖται ἐπίσης μειωμένη κινητικὸτητα τοῦ διαφράγματος, βρίσκεται ἀμβλύτητα κατὰ τὴ βάση τοῦ θώρακα, πού αὐξάνει τὴν ἡπατικὴ ἀμβλύτητα δεξιὰ καὶ ἐξαφανίζει τὴν τυμπανικότητα τοῦ χώρου τοῦ Traube ἀριστερά, σημεῖα τὰ ὅποια ἀφίλονται ὄχι μόνο σ'αὐτὸ καθ'αυτὸ τὸ ἀπόστημα, ἀλλὰ καί στήν ἀντιδραστικὴ ὑπεζωκοτικὴ συλλογὴ, πού συχνά τὸ συνοδεύει. Ἄν εἶναι προσθιοπίσθια ἡ ἐντόπιση τοῦ ἀποστήματος, ὑφίστανται κοιλιακά σημεῖα ὅπως πόνος τοῦ ὑποχονδρίου, διαταραχὲς τῆς κινητικότητος τοῦ ἐντέρου, προπέτεια τοῦ ἐπιγαστρίου ἢ τοῦ ὑποχονδρίου, συχνά ὀρατὴ ἢ ἀντιληπτὴ στὴν ψηλάφηση μέ τὴν μορφή πλακοῦντα (plastron), πού ἀσαφῶς ἀφορίζεται, εἶναι ἐπώδυνος, ἔχει σκληροελαστικὴ σύσταση ἀκόμη καί κλειδοσμός, μέ ἀμβλύτητα πού δίνει τυμπανικότητα στό κέντρο του, ὅταν τὸ ἀπόστημα ἔχει ἀέρια. Ἄν εἶναι ὀπίσθιο τὸ ὑποδιαφραγματικὸ ἀπόστημα ὑφίστανται σημεῖα ἀπὸ τὴν ὀσφύ, ὅπως βύθιος πόνος μέ τὴ μορφή ὀσφυαλγίας καί στὴν ἐξέταση παρατηρεῖται σκολίωση τῆς σπονδυλικῆς στήλης πρὸς τὴν πίσωρτα πλευρά, οἱ ὀδηματῶν τοιχωμάτων τῆς ὀσφύος καί πόνος σαρῆς στὴν ψηλάφηση αὐτῆς, δεξιὰ ἢ ἀριστερά, ἀνάλογα



μέ την έντόπιση. (Σχ.63)

Αναφέρονται τέλος τὰ ἀποστήματα τοῦ ὀπισθοῦ ἐπιπλοῦ τοῦ θυλάκου, γιὰ τὰ ὁποῖα τρία στοιχεῖα εἶναι συμπληρωματικά τῆς κλινικῆς ἐξέτασης: ἡ ὑπαρξη σημαντικῆς λευκοκυτταρώσεως, συχνά ἄνω τῶν 20.000 μέ πολυμορφοκυττάρωση οὐδετερόφιλη ἄνω τῶν 80%, ἀκίνησὶς τοῦ ἡμιδιαφράγματος σπὴν ἀκτινοσκόπηση, διάχυτη ὑποδιφραγματικὴ θόλωση καμιά φορά μέ ὕδραερικὴ κεντρικὴ εἰκόνα, πού προσδιορίζεται καλύτερα μέ τίς λήψεις ἀκτινογραφιῶν κατὰ μέτωπο καί πλάγιες, ἡ ἀπόθηση τῶν γειτονικῶν ὀργάνων πού προσδιορίζεται μέ τὸ βαριούχο ἀκτινολογικὸ ἔλεγχο, τὴν ἀκτινολογικὴ ἀπεικόνιση τῶν χοληφόρων καί οὐραφόρων ὁδῶν καί ἀσφαλῶς μέ τὸ εἶδος τοῦ ὑγροῦ πού ἀνασύρεται μέ τὴν ἐρευνητικὴ παρακέντηση τοῦ ἀποστήματος. Ἡ τελευταία αὐτὴ ὅταν γίνεται μέ μεθοδικότητα σέ χειρουργικὸ περιβάλλον καί μέ ἀκτινολογικὸ ἔλεγχο, εἶναι ἀπαρσιστικὴ ἀπὸ διαγνωστικὴ ἀποψη ὅταν ἀποδίδει πύον μέ ἀέρια ἢ ὄχι, καί ἐπιτρέπει τὴν ἐξέταση στό ἐργαστήριον γιὰ τὸν προσδιορισμὸ τοῦ μικροβιολογικοῦ παράγοντος καί τῆς εὐαισθησίας στὰ ἀντιβιοτικά.



Σχ. 63 Ἀξιολόγηση τῆς ἀρχικῆς ἐντόπισης τοῦ πόνου.

1. Διάτρηση ἑλκούς .
2. Περιτονίτιδα χολικῆς, προελεύσεως .
3. Ὁξεία σκωληκοειδίτιδα .
4. Σιγμοειδίτιδα .
5. Σαλπγγίτιδα .



Σ Η Μ Ε Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α Τ Ο Υ Η Π Α Τ Ο Σ

Ἡ διερεύνηση τοῦ ἡπατικοῦ ἀδένα ἔχει ἀναθεωρηθεῖ τὰ τελευταῖα χρόνια χάρι στά σύγχρονα παρακλινικά μέσα τῆς ἀκτινολογικῆς διερεύνησης (σπληνοπυλαιογραφία, ἐκλεκτικὴ ἀρτηριογραφία τῆς ἡπατικῆς ἀρτηρίας), τὸ σπινθηρογράφημα, τὴν ἠχογραφία, τίς βιολογικὲς ἐξετάσεις, κι ἐντελῶς τελευταῖα τὴν ἀξονικὴ τομογραφία, πού ὑποβοηθοῦν σημαντικὰ τὴν κλινικὴ ἐξέταση, ἡ ὁποία ὁμως παραμένει πάντοτε β α σ ι κ ῆ κ α ῖ π ρ ω τ α ρ χ ι κ ῆ σ η μ α σ ί α ς.

ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΜΝΗΣΗ

Τὸ ἥπαρ εἶναι εὐμεγέθης ἀδένας πού ἐκκρίνει τὴ χολή καὶ πού εἶναι προικισμένος μὲ πολυάριθμες μεταβολικὲς λειτουργίες ἀπαραίτητες γιὰ τὴ ζωὴ. Ἀπὸ χειρουργικὴ ἀποψη τὸ ἥπαρ ἀποτελεῖται ἀπὸ τέσσερες τ ο μ ε ῖ ς, καθένας ἀπὸ τοὺς ὁποίους περιλαμβάνει δύο ἀνατομολειτουργικὰ τ μ ῆ μ α τ α, σχετικὰ "ἀνεξάρτητα", πού ἀφορίζονται μὲ σχισμὲς κι ἔχουν δικούς τους μίσχους, αἰμοφόρους καὶ χοληφόρους. Οἱ αὐτοτελεῖς αὐτὲς ἀνατομολειτουργικὲς μονάδες, τὰ τμήματα, ἀνέρχονται σὲ ὀ χ τ ῶ καὶ ἀριθμοῦνται μὲ τοὺς λατινικοὺς ἀριθμοὺς I ὡς VIII.

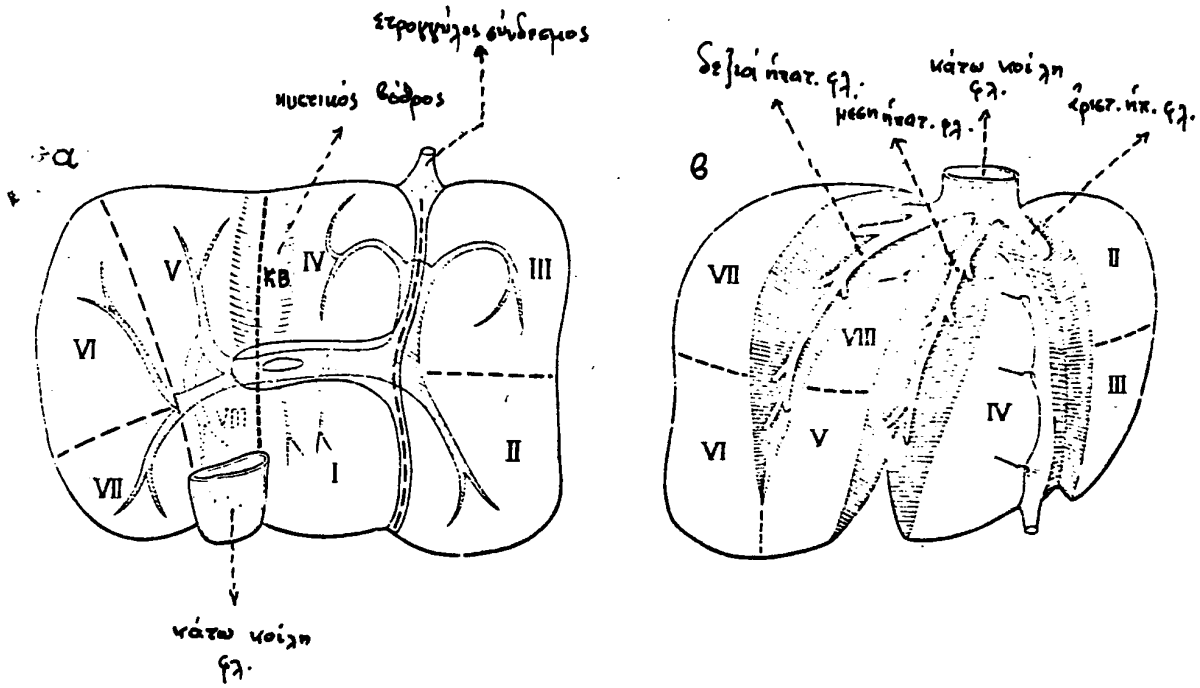
Ὁ σκελετὸς τῆς ἀρχιτεκτονικῆς τοῦ ἥπατος ἀπαρτίζεται ἀπὸ τίς τ ρ ε ῖ ς ἡπατικὲς φλέβες καὶ τοὺς βασικοὺς κλάδους των, πού ἔχουν ἀ ν ε ξ ἄ ρ τ η τ η πορεία ἀπὸ τὰ λοιπὰ ἀγγειακὰ στοιχεῖα. Οἱ ἡπατικὲς φλέβες ὑποσημαίνουν τίς τρεῖς κύριες "σχισμὲς", πού διαχωρίζουν ἔτσι τοὺς τέσσερες τομεῖς. Οἱ "σχισμὲς" αὐτὲς δὲν ἀποτελοῦν ἀνάγγειες περιοχὲς τοῦ ἡπατικοῦ παρεγχύματος, ἀλλὰ ἀντίθετα ὄρια μεταξὺ των μὲ φ τ ω χ ὄ τ ε ρ η ἄ γ γ ε ῖ ὡ σ η καὶ κατὰ συνέπεια σημεῖα προσφερόμενα γιὰ ἐγχειρητικὲς πράξεις. (κατευθυνόμενὴ χειρουργικὴ τοῦ ἥπατος).

Τὸ ἥπαρ ζυγίζει 1200 ὡς 1600 gr. κατὰ μέσο ὄρο. (Σχ. 64)

Περιβάλλεται ἀπὸ τὴν ἰνώδη κάψα τοῦ Glisson, πού παχύνεται στὴν κοίτη τῆς χοληδόχου κύστεως, στίς πύλες τοῦ ἥπατος, στὴν αὐλακὰ τῆς ὀμφαλικῆς φλέβας καὶ τοῦ πόρου τοῦ Arantius.

Ἡ προσαγωγὸς ἀγγείωση εἶναι ἰδιαίτερα πλούσια, τὰ ἀγγεῖα τῆς ὁποίας περιβάλλονται ἀπὸ περιαγγειακὸ ἰνώδη ἰστό, πού προέρ-





Σχ. Α. α = κάτω επιφάνεια του ήπατος. Κατανομή της συγγαίας φρέσσας

β = άνω επιφάνεια του ήπατος. Κατανομή των ήπατικών φρεών.

Διάταξη των ήπατικών τμημάτων (I ως VIII).

χεται από την λνώδη κάψα του Glisson. Αύτη αποτελείται από την ήπατική αρτηρία και την πυλαία φλέβα.

Η άπαγωγός άγγείωση αποτελείται από τίσ τρεΐς ήπατι- κές φλέβες πού εκβάλλουν στην κάτω κοΐλη φλέβα.

Τά ένδοηπατικά χοληφόρα άγγεία πορεύονται μαζί μέ τά άγγεία τής προσαγωγού οδου (πυλαίας φλέβας και ήπατικής αρτηρίας).

Η νεύρωση του ήπατος έξασφαλίζεται από τό πρόσθιο και όπίσθιο ήπατικό πλέγμα, πού περιλαμβάνει ίνες από τό ήμισεληνοειδές γάγγλιο και από την κοιλιακή μοΐρα του πνευμομογαστρικού. Σημειώνεται ότι η αΐσθητική οδός του πόνου οδεύει προς τό κοιλιακό πλέγμα, άνέρχεται στη συνέχεια στά σπλαγχνικά νεύρα και εΐσέρχεται στό νωτιαΐο μυελό, στό έκτο μέχρι και δέκατο μυελικό νευροτόμιο (D6-D10). Όρισμένες ίνες άκολουθούν τό δεξιό φρενικό νεύρο, γεγονός πού έξηγεί τόν πλαγιό-τραχηλικό πόνο σε παθήσεις του ήπατος και τής χοληδόχου κύστεως.

Άπό τοπογραφική άποψη εΐναι πρωταρχικό νά τονισθεΐ ότι τό όργανο αύτό, θωρακοκοιλιακό και κάτω από τό δεξιό διαφραγματικό θόλο, προστατεύεται από τό πλευρικό τόξο και χωρίζεται άπ'αυτό άπό τόν πλευροδιαφραγματικό χώρο.

Έτσι έρμηνεύονται οι συχνές έπιπτώσεις ήπατικών παθήσεων στό θώρακα. Μόνο ο άριστερός λοβός, πού βρίσκεται στό έπιγάστριο, μπορεί νά ψηλαφηθεΐ σε φυσιολογικό ήπαρ.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΗΠΑΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

Άπό αυτές άπαιριθμούνται οι πιο βασικές λειτουργίες, πού εΐναι:

Η παραγωγή χολής (χολερυθρίνης και χολικών άλάτων).

Η γλυκογονογένεση, σύνθεση γλυκογόνου άπό τή γλυκόζη, νεογλυκογονογένεση.

Η ρύθμιση του σακχάρου του αίματος.

Μεταβολισμός των λευκωμάτων και παραγωγή ούρίας.

Μεταβολισμός των λιπιδίων, σύνθεση φωσφολιπιδίων και έστέρων τής χοληστερίνης.

Μετασχηματισμός και έξουδετέρωση των προϊόντων του μεταβολισμού ορμονών και χρωστικών.

Αϊμοδυναμική τής πυλαίας.



Τό πυλαῖο σύστημα παρεμβάλλεται μεταξύ δύο τριχοειδικῶν συστημάτων. Στή σπλαγχνική κοιλότητα ἡ φλεβική πίεση ἀνέρχεται σέ 10 ὡς 15 Cm. H₂O, πού μπορεῖ νά μετρηθεῖ καί πού εἶναι ἀνάλογη μέ τήν πίεση στά ἡπατικά κολποειδή καί τίς ἡπατικές φλέβες. Ποσοστό 75% τοῦ ὀξυγόνου τοῦ ἥπατος ἐξασφαλίζεται μέ τό αἷμα τῆς πυλαίας φέβας, ἐνῶ ἡ ἡπατική ἀρτηρία προμηθεύει τό 25%.

Ἡ φλεβική παροχή τοῦ ἥπατος εἶναι ἐξαιρετικά μεγάλη, γι'αὐτό καί κάθε ἐμπόδιο σ'αὐτή, ἐνδοηπατικό ἢ μεταηπατικό, μπορεῖ νά προκαλέσει φλεβική στάση μέ πυλαία ὑπέρταση.

ΓΕΝΙΚΗ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Λειτοργική συμπτωματολογία. Τά σημεῖα ἐπικλίσεως πού ἐπιβάλλουν τήν ἐξέταση τοῦ ἥπατος ποικίλουν κι εἶναι: ἐντοπισμένο ἄλγος στό δεξιό ὑποχόνδριο, πυρετός, ἰκτερός, ἀδυνάτισμα, παθήσεις τοῦ ὑπεζωκώτα, αἱματέμεση, συστηματική ἀναζήτηση κι ἀνεύρεση μεταστάσεων. Στήν πραγματικότητα ἡ ἐκτίμηση τοῦ ἥπατος πρέπει νά γίνεται πάντοτε κατά τή διάρκεια τῆς πλήρους κλινικῆς ἐξετάσεως καί σέ κάθε ἄρρωστο.

ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΕΩΣ

1. Στήν ἐπισκόπηση δέν ἀποκαλύπτεται, παρά σπάνια, διαπλάτυση τοῦ κατώτερου τμήματος τοῦ ἡμιθωρακίου καί προβολή τοῦ δεξιοῦ ὑποχοδρίου. Μέ αὐτή κυρίως ἐκτιμᾶται ἡ κατάσταση τῆς διογκωμένης κοιλιάς, ἡ τυχόν ὑπαρξη διατάσεως τοῦ ὑποδορίου φλεβικοῦ δικτύου κ.λ.π.

2. Ἡ ἐπίκρουση καί ἡ ψηλάφηση εἶναι οἱ οὐσιώδεις χρόνοι τῆς ἐξετάσεως. Σέ φυσιολογική κατάσταση καί σέ ἄτομο κατακεκλιμένο τά ἄνω ὄρια τοῦ ἥπατος προβάλλουν στό ἐπίπεδο τοῦ 4ου μεσοπλεύριου διαστήματος δεξιά στή μαστική γραμμή, στό 7ο μεσοπλεύριο διάστημα στή μέση μασχαλιαία γραμμή καί στήν 9η πλευρά στήν ὠμοπλατιαία γραμμή.

Τό κάτω χεῖλος τοῦ ἥπατος ἐκτείνεται στό χονδροπλευρικό τόξο δεξιά, τό ξεπερνάει πρός τά μέσα καί καταλαμβάνει τό ἐπιγάστριο, ὅπου καί τό ἥπαρ μπορεῖ φυσιολογικά νά ψηλαφηθεῖ.

Ἄλλά παραλλαγές αὐτῶν τῶν ὀρίων μποροῦν νά παρατηρηθοῦν σέ περιπτώσεις πού ὑπάρχει κάποια πτώση τοῦ ἥπατος.

Ἡ ἐπίκρουση ἐπιτρέπει τόν καθορισμό τῆς περιοχῆς τῆς ἥπατι-



κῆς ἀμβλύτητας: Φυσιολογικά αὐτὴ καταλαμβάνει ἔκταση 10 ὡς 11 cm. σὲ κατακεκλιμένη θέση στὴ μαστική γραμμὴ, καὶ 7 ὡς 8 cm στὴ μασχαλαία γραμμὴ.

Σὲ περίπτωσι ἥπατομεγαλίας ἡ περιοχὴ τῆς ἥπατικῆς ἀμβλύτητας εἶναι αὐξημένη. Ἡ ψηλάφησι σὲ τέτοιαι καταστάσεις ἐπιτρέπει νὰ διακριθεῖ ἓνα τμῆμα, πολὺ ἢ λίγο μεγαλύτερο, τῆς πρόσθιας ἐπιφάνειας καὶ τοῦ χεῖλους τοῦ ἥπατος. Ὁ ἀρρωστος στήν ἐξέτασι εἶναι κατακεκλιμένος ὑπτια καὶ οἱ μηροὶ σὲ κάμψι, γιὰ νὰ ἐπιτευχθεῖ χαλάρωσι τῶν κοιλιακῶν τοιχωμάτων. Ὁ ἐξετάζων βρίσκειται δεξιὰ τοῦ ἀρρώστου καὶ καθιστός, φέρει τὴν ἀριστερὴν παλάμη του μεταξὺ τοῦ κρεβατιοῦ καὶ τῆς ὀσφυϊκῆς χώρας του τὴν ὁποία ὠθεῖ πρὸς τὰ ἔμπροσ, ἐνέργεια πρὸς φέρει τὸν ἥπατικὸν ἀδένα, πλησιέστερα πρὸς τὰ κοιλιακὰ τοιχώματα.

Ἡ δεξιὰ παλάμη τοποθετεῖται στὰ κοιλιακὰ τοιχώματα, μὲ τὰ δάχτυλα λίγο κάθετα πρὸς τὸ πλευρικὸν τόξον. Παραγγέλεται στὸν ἀρρωστο νὰ κάνει ἀναπνευστικὰς κινήσεις καὶ τότε οἱ θηλές τῶν δακτύλων ψηλαφοῦν, ἀνάλογα μὲ τὰς παραλλαγὰς τῶν περιπτώσεων, τὸ κάτω χεῖλος τοῦ ἥπατος. Μὲ τὴν ἐπίκρουσι καθορίζονται τὰ ἄνω ὄρια τοῦ ἥπατος καὶ μὲ τὴν ψηλάφησι τὰ κάτω ὄρια. Καλεῖται ἥπατομεγαλία ἡ αὐξησι τῶν ἄνω ὀρίων τοῦ ἥπατος, πού εἶναι ἀνώτερον ἀπὸ 12 cm. στὴ μαστική γραμμὴ.

Ὅταν ἥπατικὸς ὄγκος ἀναπτύσσεται ὑψηλά, ἐνδοθωρακικῶς, ὁ κλινικὸς προσδιορισμὸς του εἶναι πάρα πολὺ δύσκολος. Ἡ ὑπαρξι ἀμβλύτητας, ἀμιγῶς θωρακικῆς, εἶναι εὐκόλον νὰ στρέψει τὴν κλινικὴν σκέψιν σὲ πάθησι τοῦ ὑπεζωκότα ἢ τοῦ πνεύμονα. Σὲ περίπτωσι ἥπατομεγαλίας εἶναι κεφαλαιῶδες νὰ προσδιορισθεῖ ἡ σύστασι τοῦ ἥπατος: μαλθακὸν (καρδιακὸν ἥπαρ ἢ ἥπαρ ἀπὸ κάμψι τῆς δεξιᾶς καρδίας), σκληρὸν (ἥπαρ σκληρὸν τῶν κίρρωτικῶν), πετρώδες (ἐπὶ καρκίνου).

Προσδιορίζεται ἀν ἡ ἐπιφάνειά του εἶναι λ ε ἰ α, ὀ ζ ὠ ὀ η ς, ἢ ἀ ν ὠ μ α λ η, ἀν τὸ πρόσθιον χεῖλος του εἶναι ὀ μ α λ ὀ, ἀ ν ὠ μ α λ ο ἢ ἐ λ ι κ ο ε ι ὀ ε ς κι ἀν τέλος εἶναι ἐ π ὠ ὀ δ υ ν ο στὸ συνολὸν του, στήν περιοχὴ ἐνός μεσοπλευρίου διαστήματος ἢ εἶναι ἀ ν ὠ ὀ δ υ ν ο. Μερικὰς φορὰς ἡ ψηλάφησι τοῦ ἥπατος εἶναι ἀδύνατη ἐξαιτίας τῆς ὑπάρξεως ἀσκητικοῦ ὑγροῦ. Τότε, μὲ τὴν ἀπότομη πλήξι τῶν κοιλιακῶν τοιχωμάτων, ἀντίστοιχα στὴ θέσι τοῦ ἥπατος, γίνεται αἰσθητὴ ἡ παρουσία του, σάν σκληροῦ ἀντικειμένου πού ὠθεῖ τὰ κοιλιακὰ τοιχώματα. Πρόκειται γιὰ τὸ σημεῖον τοῦ ἐ π ι π λ ὀ ο ν τ ο ς π ᾶ γ ο υ, χαρακτηριστικὸν τῆς ἥπατικῆς κίρρωσεως. Ἀναζητοῦνται ἀκόμη δύο ση-



μεϊα: ὁ πόνος μέτῃ βαθιά ψηλάφηση τοῦ ἥπατος ἢ τῇ δι-
άσειση του, καθὼς καὶ ἡ πλήρωσις καὶ ἐλικοει-
δῆς πορεία τῆς σφαγίτιδας φλέβας δεξιᾶ, ὕστερα ἀπὸ παρατε-
ταμένη πίεσις τοῦ χεῖλους καὶ τῆς κάτω ἐπιφανείας τοῦ ἥπατος,
γεγονός πού ἐρμηνεύει ἡ πατο-σφαγιτιδική πα-
λινοδρομήσις. Τέλος ἀναζητεῖται μέτῃν ψηλάφηση ἐπώ-
δουνη χοληδόχος κύστις (σημεῖο τοῦ Murphy).

3. Πρέπει νά προσδοθεῖ ἀξία προσανατολισμοῦ στήν ἀναζήτησις
συνοδῶν συμπτωμάτων: ὅπως εἶναι ἡ διατεταμένη χοληδόχος κύ-
στις (ὑδρωπα, σημεῖο τοῦ Courvoisier), ἱκτερος,
ὑπερθερμία, διόγκωσις τοῦ παγκρέατος, ὄγκος τοῦ στομάχου, τοῦ
ὀρθοσιγμοειδοῦς (δακτυλική ἐξέτασις), ὑπαρξὴ καὶ μέγεθος ἀσπί-
τη, σπληνομεγαλία, σημεῖα πυλαίας ὑπέρτασις. Τέλος ἀδενοπά-
θεια καὶ παθήσεις καρδιαγγειακῆς ἢ πνευμονικῆς.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Ἀκτινογραφίαι χωρὶς προπαρασκευῆ.

Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις χωρὶς προπαρασκευῆ ἐπιτρέπει νά ἐκτι-
μηθεῖ: Ἡ σκιά τοῦ ἥπατος, τό πρόσθιο καὶ κάτω χεῖλος, ἡ ὑ-
παρξὴ ἀσβεστώσεων ἐνδοηπατικῶν ἢ σκιερᾶς ἐμμισχῆς περιοχῆς,
λιθιάσεως τῆς χοληδόχου κύστεως ἢ ἐνδοηπατικῆς. Ἡ κυρτότητα
τοῦ διαφραγματικοῦ θόλου μπορεῖ νά διαταραχθεῖ ἀπὸ κάποια ἀνω-
μαλία τῆς ἄνω ἐπιφάνειας τοῦ ἥπατος (ἀπόστημα, ὄγκος, κύστις).
Οἱ παραμορφώσεις αὐτές γίνονται πιό σαφεῖς μετὰ ἀπὸ τὴν ἐγκα-
τάστασις πνευμονοπεριτοναίου, δηλαδὴ τὴν εἰσαγωγή ἀέρα μέσα
σὴν περιτοναϊκὴ κοιλότητα, ὁ ὅποιος, "ἀποκολλάει" τὸ ἥπαρ
ἀπὸ τὸ διάφραγμα καὶ διαγράφει ἔτσι πιό κοιλὰ τὰ ὄριά του.

Σπληνο-πυλαιογραφία.

Αὕτη ἐπιτρέπει ὀρθοτὴ ἐκτίμησις τοῦ ἥπατος καὶ τῆς φλεβικῆς του δια-
τάξεως. Ἡ γρήγορη ἐγχύσις 50 ὡς 70 ml σκιαγραφικοῦ διαλύμα-
τος, πού συνοδεύεται μέτῃ τὴν λήψην ἀκτινογραφῶν σέ σειρά, ἐπι-
τρέπει τὴν ἀνάλυσιν τῆς σκιάς τοῦ σπλήνα, τὴν πλήρωσις κατόπιν
τῆς σπληνικῆς φλέβας, τοῦ στελέχους τῆς πυλαίας καὶ τῶν ἐνδο-
παρεγχυματικῶν κλάδων τῆς. Ἡ ἀπώθησις ἢ διακοπή, ἡ ὑπαρξὴ
ἀνώμαλων ἢ διατεταμένων ἀγγείων (ὀμφαλικὴ φλέβα, διαφυγὴ πρὸς
τὴ στεφανιαία τοῦ στομάχου) ἐπισημαίνονται μέ σαφήνεια. Τόν



άγγειακό χρόνο διαδέχεται ὁ ἡπατογραφικός χρόνος, ὅπου σκιαγραφεῖται τὸ σύνολο τοῦ παρεγχύματος μέ τήν ἐξαίρεση προφανῶς ἐλλειμματικῶν εἰκόνων, ὅπως ὄγκοι, κύστη, καρκίνος, τῶν ὁποίων τότε καθορίζεται ἡ ἔδρα, ὁ ἀριθμός, καί ἡ σχέση τους μέ τίς πύλες τοῦ ἥπατος. Τέλος σκιαγραφοῦνται οἱ ἡπατικές φλέβες. Ἡ σπληνοπυλαιογραφία ἐκτελεῖται σέ χειρουργικό περιβάλλον, ὅπου ὁ ἄρρωστος νοσηλεύεται.

Προπαρασκευή τοῦ ἀσθενοῦς: Αὐτή περιλαμβάνει:

Ἐλεγχο τῆς πηκτικότητας τοῦ αἵματος (τὸ ποσοστό προθρομβίνης πρέπει νά εἶναι ἀνώτερο τοῦ 70%) καί προσδιορισμό τῆς αἱμορραγίας (χρόνος ροῆς). Δοκιμασία ἀνοχῆς στό ἰώδιο (ἀντίδραση δυσανεξίας τοῦ ἐπιπεφυκότα μετά ἀπό ἐνοστάλλαξη σταγόνων ἀπό τὸ ἰωδιοῦχο διάλυμα), πού στήν παραμικρή δυσανεξία ἐπιβάλλεται κατηγορηματικά ἡ ἀποσυγῆ ἐγχυσης τοῦ σκιαγραφικοῦ διαλύματος στήν κυκλοφορία.

Χορηγεῖται ἔνδομυϊκῶς προνάρκωση (μίγμα rhenergan καί πεθιδίνης). Ἡ ἐγχυση τοῦ σκιαγραφικοῦ διαλύματος γίνεται στό σπλήνα.

Παρακέντηση τοῦ σπλήνα διαδερμική. Αὐτή μπορεῖ νά γίνει μέ τοπική ἀναισθησία ἢ γενική νάρκωση καί μέ τή βοήθεια βελόνας 16/10 μέ στέλεχος βραχύ ἢ μέ τὸ trocar τοῦ Seldiger.

Ὁ δόσ ραχιαία: Ὁ ἀσθενής εἶναι προυνήσ καί ἡ παρακέντηση γίνεται ὑπό ἀκτινολογικό ἔλεγχο στήν ὀπίσθια μασχαλαία γραμμή (9ο ἢ 10ο μεσοπλευριο διάστημα).

Κοιλιακή ὁδός: Ὁ ἀσθενής εἶναι κατακλιμένος ἥπτια. Παρακέντᾶται ὁ σπλήνας ἀφοῦ προηγουμένως ἔχουν προσδιορισθεῖ τά ὄρια του βυθίζοντας τή βελόνη μέ ἐγκάρσια φορά στό 10ο μεσοπλευριο διάστημα.

Πρέπει νά παραγγελθεῖ στόν ἐξεταζόμενο νά ἔχει ἡρεμῆ ἀναπνοή, μέ τὸ σκοπὸ νά ἀπαρευθεῖ διάσχιση τοῦ σπλήνα. Μέ τήν ἀναρρόφιση στή σύριγγα ἐρχεται αἷμα. Τότε μπορεῖ νά ἐκτελεσθεῖ ἡ σπληνομανομετρία, ἡ μέτρηση δηλαδή τῆς πίεσεως στήν πυλαία φλέβα, μέ τή βοήθεια καθετήρα ἀπὸ πολυαιθυλένιο (φυσιολογική τιμὴ 10 ὡς 12 cm στήλης ὕδατος, ἡ παθολογική πρέπει νά ξεπερνᾶει τὸ 30 ὡς 60 cm.).

Μέ τήν ταχεία ἐγχυση ὑπὸ πίεση χορηγοῦνται 60 ml σκιαστικοῦ διαλύματος.

Οἱ ἀκτινογραφίες λαμβάνονται στό μέσο ἢ στά 2/3 τῆς ἐγχύσεως, καί στή συνέχεια κάθε δευτερόλεπτο. Ἔτσι ἐπιτυγχάνονται οἱ διάφοροι χρόνοι τῆς σπληνοπυλαιογραφίας.

Συμβάματα καί ἀτυχήματα. Σ'αὐτά, πού πρέπει νά εἶναι γνωστά, περιλαμβάνονται: Ἀποτυχία τῆς παρακέντησης, ἐγχυση τοῦ σκιαγραφικοῦ διαλύματος ὑπὸ τήν κάμα τοῦ σπλήνα, διάσχιση αὐτοῦ μέ ἀποτελεσμα αἱμοπεριτόναιο πού ἐπιβάλλει τήν αἰμοσπληνεκτομή.



Ἡ σπληνοπυλαιογραφία παραμένει ἐπομένως μιὰ ἐξέταση τῆς ὁποίας πρέπει νά συζητοῦνται καί ἀναλύονται διεξοδικά οἱ ἐνδείξεις τῆς.

ΑΛΛΕΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΕΙΣ

Μερικὲς ἀπ' αὐτὲς ὑπερκαλύπτουν μερικῶς τὴν σπληνοπυλαιογραφία, ὅχι ὅμως καί τὴν πυλαιογραφία ἀπὸ τὴν ὀμφαλική ὁδὸ, ὅπως εἶναι:

Ἡ ἐκλεκτικὴ ἀρτηριογραφία τῆς κοιλιακῆς ἀρτηρίας ἢ τῆς ἡπατικῆς ἀρτηρίας πού ἐπιτρέπει νά προσδιορισθεῖ ἡ πλειονότητα τῶν ἀναγκαίων χειρουργικῶν ἐνδείξεων.

Δύο ἀλληλοδιάδοχοι χρόνοι ἀναλύονται: ὁ ἀρτηριακὸς χρόνος καί ὁ φλεβικός, πού δίνει εἰκόνες συγκρίσιμες με' ἐκεῖνες τῆς σπληνοπυλαιογραφίας.

Ἡ φλεβογραφία τῶν ἡπατικῶν φλεβῶν ἐπιτυγχάνεται με' καθετηριασμό κατευθεῖαν τῶν ἡπατικῶν φλεβῶν, με' κοιλιογραφία, ἀπλὴ ἢ με' τὴ βοήθεια ἀσκοῦ πού ἀποφράζει τὴν κάτω κοίλη φλέβα πιὸ πάνω ἀπὸ τὴν ἐκστόμωσή τους σ' αὐτή.

Με' τὴν ἐξέταση αὐτὴ ἐλέγχεται ἡ βατότητα τῶν ἡπατικῶν φλεβῶν καί ἐκτιμᾶται ἡ διαμετρός τους.

Ἡ κοιλιογραφία μετὰ ἀπὸ ἔγχυση τοῦ σκιαγραφικοῦ διαλύματος στὴ μιὰ ἢ στὶς δύο σαφηνεῖς φλέβες, ἐπιτρέπει νά ἐλεγχθεῖ ἡ διάμετρος τῆς κάτω κοίλης φλέβας στὴν ὀπισθοπατικὴ διαδρομὴ τῆς, ὅπως καί τυχόν ὑπαρξὴ στενώσεως αὐτῆς.

Ἡ ἐνδοφλέβια χολαγγειογραφία καί οἱ διεγχειρητικὲς μέθοδοι σκιαγραφήσεως τῶν χοληφόρων ὁδῶν με' ἀμεση ἔγχυση στό χοληδόχο πόρο, μποροῦν νά εἶναι χρήσιμες στὴν ἀναζήτησιν ἐνδοηπατικοῦ ὄγκου (εἰκόνες ἀπωθήσεως, τῶν ἐνδοηπατικῶν χοληφόρων, συριγγίων αὐτῶν με' ἐνδοηπατικὴ κύστη κ.λ.π.)

ΣΠΙΝΔΗΡΟΓΡΑΦΙΑ

Τὸ σπινθηρογράφημα τοῦ ἥπατος ἢ ἱσοτοπικὴ ἥπατογραφία πληροφορεῖ γιὰ τὴ μορφολογία τοῦ ὄργανου αὐτοῦ.

Ἡ μέθοδος συνίσταται στὴν ἔγχυση ραδιενεργοῦ οὐσίας, πού ἀποβάλλεται σὲ μεγάλη ποσότητα ἀπὸ τὰ ἥπατικά κύτταρα (ἐρυθρὸ τῆς Βεγγάλης ἢ ραδιενεργὸς χρυσός 198). Σὲ δεῦτερο χρόνο μετρεῖται ἡ ἀκτινοβολία τῆς ἡπατικῆς περιοχῆς. Τὸ ἐρυθρὸ τῆς Βεγγάλης, πού μεταβολίζεται ἀπὸ τὰ ἥπατικά κύτταρα καί ἀποβάλλεται με' τὴ χολή, ἐπιτρέπει ἐπιπλέον τὴ μέτρηση τῆς ταχύτητας κἀθαρσης τῆς οὐσίας αὐτῆς, μέθοδος ἀνάλογη με' τὴ δοκιμασία κἀθαρσης τῆς βρωμο-σουλφονο-φθαλεΐνης (B.S.P.). Ὁ ραδιενεργὸς χρυσός 198, πού μεταβολίζεται ἀπὸ τὰ κύτταρα τοῦ K_{ir}pf_{er}, δίνει ἀριστη εἰκόνα, ἀνεξάρτητα



από τή λειτουργική αξία του ήπατος, όπως π.χ. σε περίπτωση κίρρωσης.
Αποτελεσματα: Ανιχνεύονται έτσι περιοχές του ήπατος πού δέν καθλώνουν ή μερικώς μόνο και άτελώς ραδιενεργά προϊόντα πού έγχέονται, γεγονός πού μπορεί νά άποδοθεί στη ύπαρξη κύστης, όγκου, άποστήματος, καρκίνου. Λαμβάνονται σπινθηρογραφήματα κατά μέτωπο (προσδοπίσθια) και πλάγια.

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΗΣΗ

Η διερεύνηση τής περιτοναϊκής κοιλότητας με τό λαπαροσκόπιο έπιτρέπει νά έκτιμηθεί τό μέγεθος, ή σύσταση, τό χρώμα (έρυθρό ή πράσινο), ή κατάσταση των έπιφανειών του ήπατος και νά έλεγχθεί άκόμα ή κατάσταση του μεσοκόλου και τής χοληδόχου κύστεως. Προσφέρει άκόμα τή δυνατότητα λήψως φωτογραφιών, καθώς και τή λήψη τεμαχιδίου για ιστολογική έξέταση. Οι άνευρισκόμενες άνωμαλίες του ήπατος μπορεί νά είναι έστίες έντόνου άναγεννήσεως του παρεγχύματος, όπως σε κίρρωση, πυρήνες λευκωποί νεοπλασματικοί, διάταση τής ήπατικής κάψας, άλλαγή του χρώματος του ήπατος, χοληδόχος κύστη διατεταμένη ή σκληροατρακτική. Η είσαγωγή του λαπαροσκοπίου στην περιτοναϊκή κοιλότητα έκτελείται υπό άσηπτες (χειρουργικές) συνθήκες.

ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ - ΒΙΟΨΙΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Η λήψη τεμαχιδίου του ήπατος (βιοψία) για ιστολογική έξέταση, γίνεται στη διάρκεια λαπαροτομίας, με τόν έλεγχο τής όράσεως κατά τή λαπαροσκοπία ή τυφλά με διατοιχωματική παρακέντηση του ήπατος.
Προετοιμασία: Δοκιμασίες πήξεως του αίματος, άσθενής νηστικός, προνάρκωση.

Τεχνική: Η είδική βελόνη παρακέντησεως εισάγεται από τό ύποχόνδριο ή από τό 7ο ως 10ο μεσοπλεύριο διάστημα, ύστερα από τοπική άναισθησία και "άναρραΐται" τεμαχίδιο ήπατικού παρεγχύματος, τό όποίο και έξετάζεται ιστολογικώς. Σε μερικές περιπτώσεις ή έξέταση αυτή έπιτρέπει άκριβή διάγνωση, όπως σε άλλοολική ή χολοστατική κίρρωση, σε καρκίνο κ.ά.

Συμβάματα και άτυχήματα πού μπορεί νά σημειωθούν είναι: Πνευμοθώρακας, αιμοθώρακας σε περίπτωση είσαγωγής τής βελόνας στό θώρακα, αιμοπεριτόναιο από τήν συλλογή αίματος από τό σημείο παρακέντησεως, πού είναι πολύ μεγάλο σε περίπτωση παρακέντησεως ήπατικού άγγειώματος, χολοπεριτόναιο σε περίπτωση διατάσεως χοληφόρου άγγείου διατεταμένου.

Η θνησιμότητα άνέρχεται περίπου σε 1 0/00.



ΜΑΝΟΜΕΤΡΙΑ ΤΟΥ ΠΥΛΑΙΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Έκτός από τή λήψη τής πίεσης στή σπληνική φλέβα μέ άμεση παρακέν-
τηση του σπλήνα ή μέτρηση τής πίεσης στό πυλαίο σύστημα μπορεί νά γίνει
μέ άμεση παρακέντηση του ήπατικού παρεγχύματος καί σύνδεση τής βελόνας
μέ ηλεκτρικό μανόμετρο (λήψη τής πίεσης τών κολποειδών).

Ή μέτρηση τής πίεσης στίς ήπατικές φλέβες αναγκάζει σέ καθετηριασμό
τής μεσοβασιλικής φλέβας, τών δεξιών καρδιακών κοιλοτήτων, τής κάτω
κοίλης φλέβας μέχρι τήν έκβολή τών ήπατικών φλεβών, όπου ο καθετήρας με-
τρώνει τήν έλεύθερη πίεση. Άν τότε άπαραχθεϊ μέ άσκό μιά από τίς ήπατι-
κές φλέβες, ενώ ο καθετήρας βρίσκεται μέσα σ'αυτή, μπορεί νά μετρηθεϊ ή
πίεση του αύλου της, πού όμως άντιστοιχεί στήν πίεση τών κολποειδών του
ήπατος.

Ή πίεση τής πυλαίας μπορεί άκόμη νά μετρηθεϊ μέ τόν καθετηριασμό τών
δωραλικών φλεβών, τών γαστροεπιπλοϊκών (κοιλιά άνοιχτή), του στελέχους
της μέ άμεση παρακέντηση (διεγχειρητική μέτρηση).

Άποτελέσματα: Έτσι μπορεί νά υπολογισθεϊ ή πυλαία πίεση
καί νά έπισημανθεϊ ή έδρα καλύματος στήν ήπατική κυκλοφορία, στίς ήπατι-
κές φλέβες, στό στέλεχος τής πυλαίας (προηπατικό κώλυμα). Δεδομένα αίμα-
τικής παροχής μπορούν έπίσης νά άναζητηθούν, όπως δείγματα αίματος, διε-
γχειρητικώς λαμβανόμενα, για τόν προσδιορισμό του όξυγόνου, μετρήσεις
τής ταχύτητας τής κυκλοφορίας στήν σπληνική καί πυλαία (10 απ/πίν φυσιο-
λογικά). Στήν τελευταία αυτή περίπτωση έγγέεται ραδιενεργό ισότοπο στό
σπλήνα καί υπολογίζεται ο χρόνος έμφάνισής του στό ήπαρ.

ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ Άναφέρονται οι κυριότερες δοκιμασίες.
Διερύνηση τής παραγωγής χολής. Έλέγχεται ή
χολερυθρίνη, έλεύθερη ή έμμεση (φυσιολογική τιμή κατώτερη από 10 mg/l),
τά χολικά άλατα καί στοιχεϊα χολής: χοληστερίνη (φυσιολογικά 2 gr. ± 0,5
/l), ή σχέση έστεροποιημένης χοληστερίνης προς τήν όλική χοληστερίνη πού
είναι 0,70.

Οι άλκαλικές φωσφατάσεις πού φυσιολογικά άποβάλλονται μέ τή χολή. Ή φυ-
σιολογική τιμή τους είναι 1 ως 4 μονάδες καί πού αύξάνει σέ περίπτωση άπο-
φράξεως τών χοληφόρων οδών.

Δοκιμασίες καθάρσεως.

Αυτές έλέγχουν τή δίοδο καί τήν άποβολή ούσιών πού ο μεταβολισμός τους
έξαρτάται από τό ήπαρ. Άναφέρεται ή δοκιμασία πλασματικής καθάρσεως τής
B.S.P. (βρωμο - σουλφονο - φθαλεϊνης), μέ καθετηριασμό του δωδεκαδάκτυ-
λου (χρόνος έμφάνισεως τής χρωστικής) ή πιό καλά μέ τόν προσδιορισμό



της ποσότητας της χρωστικής στο αίμα. Χορηγούνται ένδοφλεβίως 5 mg/kgs χρωστικής. Φυσιολογικά στά 30 min. παραμένει λιγότερο από 10% της χρωστικής και λιγότερο από 5% στά 45 min.

Βιολογικά σημεῖα ήπατοκυτταρικής ανεπαρκείας.

Έλέγχονται: Ἡ πτώση της άλβουμίνης του πλάσματος (φυσιολογικά 35 gr/l) ἡ πτώση του ποσοστού της προθρομβίνης του αίματος ἢ του προθρομβινικού συμπλέγματος. Σέ περίπτωση ἀπαφρόξεως τῶν χοληκράων, χωρίς βλάβη τῶν ἡπατικών κυττάρων, ἡ χορήγηση τιτλοποιημένης βιταμίνης Κ ἀνεβάζει τό ποσοστό της προθρομβίνης (πρόκειται γιά τή δοκιμασία του Koller) καθῶς καί τό ποσοστό της προκαμβερτίνης.

Δοκιμασίες κροκιδώσεως καί πλασματικῶν πρωτεϊνῶν.

Αὐτές ἐκτιμοῦν τή σταθερότητα τῶν πρωτεϊνικῶν στοιχείων ἢ τοῦ πλάσματος, συγκρίνοντας τίς τάσεις γιά κατακρίμνηση τῶν πρωτεϊνῶν, σέ παρουσία ἑνός ἄλατος κολλοειδοῦς μετάλλου, ὅπως $ZnSO_4$: δοκιμασία τοῦ Kunkel, θυμόλης: ἀντίδραση τοῦ Mac Lagan, Κεφαλίνης- χοληστερίνης: ἀντίδραση τοῦ Hanger, Ἐρυθρό κολλοειδές: ἀντίδραση τοῦ Ducci.

Δοκιμασίες κυτταρολύσεως.

Οἱ δόσεις τῶν τρανσαμινασῶν, γλουταμιναξαλοξικῆς (S.G.P.T.) ἢ γλουταμιννοπαρουβικῆς (S.G.P.T.) εἶναι ἀνάλογες μέ τή σπουδαιότητα καί τήν ταχύτητα της κυτταρολυτικῆς διεργασίας. Φυσιολογικά ποσοστά: S.G.O.T..... 40 ± 20 μg., καί S.G.P.T. 25 ± 20 μg..

Μπορεῖ ἔτσι νά σχηματοποιηθοῦν κατά κάποιο τρόπο οἱ ἀκμαλίες καί προσδιορισθοῦν τά ἀκόλουθα σύνδρομα:

Σύνδρομο κυτταρικής ἡπατικής ἀνεπάρκειας σέ περίπτωση πτώσεως της ἑστεροποιημένης χοληστερίνης, τοῦ προθρομβινικού συμπλέγματος, της άλβουμίνης.

Σύνδρομο κυτταρολύσεως σέ περίπτωση ἀνόσου τῶν τρανσαμινασῶν, τοῦ Fe τοῦ ὄρου τοῦ αίματος.

Σύνδρομο φλεγμονῶδες σέ περίπτωση ὑπερσφαιριναιμίας, ἀντίδραση κροκιδώσεως θετική.

Σύνδρομο χολοστατικό ὅταν συνυπάρχει ὑπερχολερυθριναιμία, αὔξηση τῶν ἀλκαλικῶν φααρασῶν, αὔξηση της ὀλικῆς χοληστερίνης.



ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Περιγράφονται υπό τόν όρο αυτό όλες οι νεοπλασίες που αναπτύσσονται από τούς ιστούς του ήπατικού όδένου: Καλοήθεις ή κακοήθεις, τό διαγνωστικό τους ενδιαφέρον διπλασιάζεται από τίς σημερινές δυνατότητες τής έγχειρητικής του ήπατος (τυπικές ήπατεκτομές - άτυπες μέ τή μέθοδο τής διακυττωθριώσεως κ.λ.π.)

ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Αυτοί είναι σχετικά σπάνιοι και αντιπροσωπεύουν λιγότερο από 30% των όγκων του ήπατος.

Σ η μ ε ι ο λ ο γ ί α : Ή συμπτωματολογία επικλίσσεως χαρακτηρίζεται από δύο είδη σημείων:

- α) Λειτουργικά σημεία παραπλανητικά ή μιά αφοδρή έπιπλοκή.
- β) Ήπατομεγαλία.

Λ ε ι τ ο υ ρ γ ι κ ά σ η μ ε ι α : Άλγη έντάσεως και έντόπισης ποικίλης στό δεξιό υποχόνδριο, διαταραχές άσπερις από τό πεπτικό σύστημα, άνορεξία.

Έ π ι π λ ο κ έ ς : Πρόκειται για τήν κλινική εικόνα ένδοπεριτοναϊκής αίμορραγίας, άπότομης και αφοδρής στην όποία συνυπάρχουν, χωρίς πρόδρομα σημεία: Συγκοπτική τάση, αφοδρά κοιλιακά άλγη, δίψα, ρίγη, πτώση τής άρτηριακής πιέσεως, αύξηση τής συχνότητας του σφυγμού, Collapsus, που παρεμποδίζει τήν ένδειξη άμεσης χειρουργικής διερεύνησης.

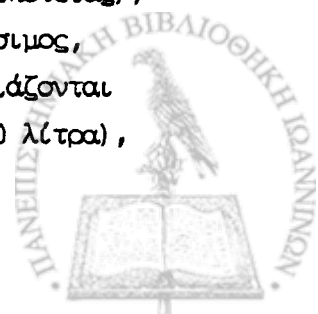
Φυσιικά σημεία: Έκτός από έπιπλοκή, τό κύριο σύμπτωμα είναι ή ύπαρξη ήπατομεγαλίας, μέ όμαλό ήπαρ, ή όποία έπιβάλλει συμπληρωματικές έξετάσεις. Ό τύπος του αίματος, οι λειτουργικές δοκιμασίες του ήπατος είναι φυσιολογικές. Στοιχεΐα παρακλινικά που προσανατολίζουν στή διάγνωση είναι: ή άρτηριογραφία, ή σπληνοπυλαιογραφία, ή λαπαροσκόπηση. Άρκετά συχνά ή λαπαροτομία είναι εκείνη που βεβαιώνει τή φύση τής βλάβης και έπιτρέπει τήν αίτιολογική διάγνωση μέ τή βιοψία τεμαχίου από τό ήπαρ.

Ά ν α τ ο μ ο π α θ ο λ ο γ ι κ έ ς μ ο ρ φ έ ς .

Διακρίνονται: Τά άδενώματα, τά αιμαγγειώματα, άλλοι όγκοι πολύ σπάνιοι.

α) Τά άδενώματα είναι είτε συμπαγεΐς είτε κυστικοί όγκοι.

Συμπαγεΐς: Οι όγκοι μπορεί νά είναι μεγάλου μεγέθους (κεφαλής παιδιού), γενικά είναι μ ο ν ή ρ ε ι ς (μονήρες άδένωμα του Cathala), κι έντοπίζονται στην έπιφάνεια του ήπατος μέ τή μορφή μιΐς διογκώσεως (προπέτειας), μέ σχετικό μίσχο ή όχι και που πολλές φορές εύκολα είναι έξαιρέσιμος, άφού ύπάρχει έπίπεδο άποκολλήσεως. Τά κυστικά άδενώματα παρουσιάζονται υπό δύο μορφές: Μεγάλη κύστη μ ο ν ή ρ η ς, συχνά τεράστια (10 λίτρα),



περιβαλλόμενη από κυστική μεμβράνη με επιθηλιακή επένδυση.

Κύστες π ο λ λ α π λ έ ς πού δίνουν την όψη σταφυλίου από τη συρροή
έξαιρετικά πολυάριθμων κύστεων. Μπορεί να ενδιαφέρουν συστηματικά μια
δριασμένη περιοχή ή και ολόκληρο τό ήπαρ.

Η εξέλιξη τους είναι μακρόχρονη, διακοπτόμενη από δυνητικές επιπλοκές
όπως ένδοκυστικές αιμορραγίες, ρήξη, διαπύηση.

β) Τά αγγειώματα του ήπατος (cavernomas) γενικά είναι μονήρη
και έντοπισμένα ή διάχυτα. Στην τελευταία περίπτωση δημιουργούν
πραγματικά "διάσπαρτη τηλαγγειεκτασία" του ήπατος. Οι αγγειωματώδεις
ζώνες παίρνουν την όψη αρουγγαριού ποτισμένου με αίμα και δέν μπορούν
να αφαιρεθούν χειρουργικώς με αποκόλληση (έκπτυρήνηση).

Οι εύμεγέθεις όγκοι μπορούν συχνά να πιέζουν την καρδιακή μοίρα του στο-
μάχου και τον ήπατικό μίσχο. Είναι επικίνδυνοι από τις δυνητικές επιπλο-
κές τους:

· Ηπατική άνεπαρκεια, ρήξη με ένδοπεριτοναϊκή αιμορραγία.

· Άλλοι σπάνιοι καλοήθεις όγκοι του ήπατος είναι τά σβαννώματα, τά ίκώματα,
τά λειομύματα και πού όλα εύκολα έκπτυρηνίζονται.

ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Οι κακοήθεις νεοπλασίες του ήπατος ταξινομούνται σέ δύο ποικιλίες:

Πρωτοπαθής καρκίνος του ήπατος, Δευτεροπαθείς καρκίνοι.

ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

· Αναπτύσσεται από διάφορα κύτταρα του ήπατος και έτσι διακρίνονται:

α) Τά κακοήθη ήπατώματα, πού αναπτύσσονται από τά ήπατικά κύτταρα.

β) Τά κακοήθη χολαγγειώματα πού αναπτύσσονται από τά κύτταρα των χοληφό-
ρων δένων.

γ) Τά σαρκώματα ή κακοήθη αιμοαγγειοενδοθηλιώματα, τά λιγότερο συχνά,
πού αναπτύσσονται αντίστοιχα από τον συνδετικό ιστό ή τά αιμοφόρα άγγεία.
Οι κακοήθεις αυτοί όγκοι είναι ιδιαίτερα πολυάριθμοι στην Άφρική και
στην άπω Άνατολή. Είναι πιο συχνόι στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες.
Είναι κλασσικό να θεωρείται ότι ή κίρρωση του ήπατος, εύνοεί την ανάπτυ-
ξη του πρωτοπαθή καρκίνου του ήπατος.

Οι καρκίνοι αυτοί έχουν είτε μαζική ανάπτυξη είτε διάσπαρτη, μέ πολλούς
νεοπλασματικούς πυρήνες.

Κ λ ι ν ι κ ή μ ε λ έ τ η .



Ἡ κλινικὴ διάγνωση τίθεται σὲ δύο οὐσιαστικὲς κλινικὲς εἰκόνες:

Ἡπατικὸς ὄγκος, Ἡπατικὴ ἀνεπάρκεια σὲ κίρρωση.

1. Ἡπατικὸς ὄγκος.

Πρόκειται γιὰ τὴν ἀποκάλυψη, σὲ ἄνδρα γύρω στὴν πέμπτη δεκαετία τῆς ζωῆς, μιᾶς εὐμεγέθους ἥπατομεγαλίας. Τὰ λειτουργικὰ σημεῖα (ἀλγη στὸ δεξιὸ ὑποχόνδριο, πεπτικὲς διαταραχὲς ποικίλες, ἥπατικοὶ κωλικοὶ καμιά φορά) εἶναι πολυποίκιλα. Ὁ ἐπιρρασμός τῆς γενικῆς κατάστασης εἶναι πολὺ γρήγορος (ἀδυναμία, ἀσθενικότητα, πυρετός πού δέν αἰτιολογεῖται).

Στὴν ἐξέταση ἀνευρίσκεται ἥπατομεγαλία πολὺ μεγάλη, πού ἀνασηκώνει τὸ χεῖλος τοῦ πλευρικοῦ τόξου, διαπλατύνει τὸ δεξιὸ ὑποχόνδριο, ξεπερνᾷ τὸν ὀμφαλὸ καὶ τὴ μέση γραμμὴ (20 ὡς 25 cm.). Ὁ ὄγκος αὐτός εἶναι σταθερός, ἔχει σύσταση σκληρὴ, ἐνώδη καὶ εἶναι εὐαίσθητος, παρόλο ὅτι κλασσικὰ εἶναι ἀκίνητος, καὶ δέν συνοδεύεται μὲ ἄλλα κλινικὰ στοιχεῖα, ὅπως ἀσκίτη καὶ παράπλευρη κυκλωφορία.

Οἱ ἀλληλοδιόδοχοι ἐξετάσεις καὶ ὑπολογισμοὶ τοῦ μεγέθους τῆς ἥπατομεγαλίας διαπιστώνουν πάρα πολὺ γρήγορη αὔξηση τῶν ὀρίων τοῦ ἥπατος.

2. Κιρρωτικὴ μορφή.

Πρόκειται γιὰ ἄτομο πού ἔπασχε ἀπὸ κίρρωση, γνωστὴ ἀπὸ μακρὸ χρονικὸ διάστημα, καλῶς ἀνεκτὴ, πού παρουσιάζει ὅμως εἰκόνα ἥπατικῆς ἀνεπάρκειας μὲ ἀσκίτη. Τὸ ἀσκιτικὸ ὑγρὸ εἶναι σαφῶς αἱμορραγικόν. Τὸ ἥπαρ εἶναι ἐπίωδυνο καὶ αὐξάνει σὲ μέγεθος κατὰ τρόπο πολὺ ταχύ.

3. Ἄλλες φορές ἡ διάγνωση γίνεται σὲ κλινικὴ εἰκόνα ὀξείας ἐμπύρετης καταστάσεως, πού ὑποδέεται ἀπόστημα τοῦ ἥπατος, ἢ σὲ σύνδρομο παρανεοπλασματικὸ (ὕπογλυκαιμία, πολυμορφοπυρήνωση, θρομβοκυτταροπενία). Ἡ ἐξέλιξη, σὲ ὅλες τὶς περιπτώσεις εἶναι γρήγορα θανατηφόρα σὲ δύο ὡς τέσσερες μῆνες, χαρακτηριζόμενη ἀπὸ τὴν ἀνάπτυξη μεταστάσεων γαγγλιακῶν πνευμονικῶν, ἀπὸ ἐπιπλοκὲς ὅπως ἀφοδρὴ αἱμορραγία ἀπὸ τὸ πεπτικὸ, αἱμοπεριτόναιο ἀπὸ ἐνδοπεριτοναϊκὴ ρήξη νεοπλασματικοῦ πυρήνα. Οἱ βιολογικὲς δοκιμασίαι πολὺ λίγο βοηθοῦν στὴ διάγνωση, ὅπως ἡ ἀναιμία, ἡ αὔξηση τῶν ἀλκαλικῶν φωσφατασῶν καὶ τῶν τρανσαμινασῶν τοῦ ὄρου.

Οἱ ἀκτινογραφίες εἶναι πιὸ ὑποβοηθητικὲς: Χωρὶς προετοιμασία τῆς κοιλίας ἀναδεικνύεται ἀνύψωση τοῦ ἡμιδιαφράγματος, ἐνδοηπατικὲς ἀρβυστώσεις.

Ἡ χολογγειογραφία, ἡ ἐκλεκτικὴ ἀρτηριογραφία τῆς ἥπατικῆς ἀρτηρίας, ἡ σπληνοπυλαιογραφία δείχνουν ἀπώθηση ἢ ἀνωμαλοποίησιν ἀγγείων καθὼς καὶ ἐλλειμματικὲς εἰκόνες στὸν ἥπατογραφικὸ χρόνο. Τὸ σπινθηρογράφημα τοῦ ἥπατος δείχνει μιὰ ἢ περισσότερες ἐλλειμματικὲς εἰκόνες. Ἡ λαπαροσκοπία καὶ καμιά φορά ἡ λαπαροτομία ἐπιβεβαιώνουν καλύτερα τὴν διάγνωση.

Ἡ παρακέντηση - βιοψία τοῦ ἥπατος προσδιορίζει τὴν ἱστολογικὴ ποικιλία τοῦ καρκίνου.



Οι θεραπευτικές δυνατότητες, χημειοθεραπεία γενική ή με έγχυση στην ήπατική αρτηρία, ή χειρουργική, δεν βελτιώνουν καθόλου την κακή πρόγνωση.

ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΙ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Ήπατική μετάσταση αναπτύσσεται σε 30 ως 50 % των καρκίνων.

Αυτό δείχνει την εξαιρετικά μεγάλη συχνότητα του δευτεροπαθή καρκίνου του ήπατος.

Προέλευση: Ή προέλευση των δευτεροπαθών καρκίνων οφείλεται στους καρκίνους του πεπτικού συστήματος, που δίνουν μεταστάσεις με την πυλαία κυκλοφορία ή την αρτηριακή στο ήπαρ, όπως καρκίνος του στομάχου, του παχέος έντέρου, του παγκρέατος, του λεπτού έντέρου, του όρθου, αλλά και του ούροποιογεννητικού συστήματος, του θυρεοειδή αδένου, του μαστού, των επινεφριδίων, του πνεύμονα. Από παθολογοανατομική άποψη ή άψη του ήπατος είναι πολύ αποκαλυπτική: Ήπαρ με βοστρύχους, όπου πολυάριθμοι πυρήνες λευκωποί, ποικίλου μεγέθους, επικιάθονται σαν όμφαλοί στην επιφάνεια του ήπατος. Ή ιστολογική εικόνα υποδιέται συνήθως πρωτοπαθές νεόπλασμα.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Δύο περιπτώσεις πρέπει να διαφοροποιηθούν. Ή ήπατική μετάσταση, που αποκαλύπτει την πρωτοπαθή νεοπλασία και οι ήπατικές μεταστάσεις, που αναπτύσσονται σε γνωστό καρκινοπαθή.

1. Ή αποκαλυπτική μετάσταση: Άλγη ήπατικά, ίκτερος, ασκίτης όρσαιματηρός, έπηρεασμός της γενικής κατάστασης, ήπατομεγαλία. Τό ήπαρ είναι όγκωδες, ακίνητο, έπωδυνο, άνωμαλο, με ψηλαφητούς μεταστατικούς καρκινωματώδεις όζους (πυρήνες). Τό πρόβλημα ύφίσταται στην άναζήτηση της πρωτοπαθοϋς έστίας, ένώ τό σπληνηρογράφημα, ή λαπαροσκόπηση και ή ήπατική βιοψία, συχνά άχρηστες, έπιβεβαιώνουν τή διάγνωση.

2. ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΣΕ ΓΝΩΣΤΟ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ

Άναγνωρίζεται σε μιá επέμβαση ή στη διάρκεια της εξέλιξως ενός καρκίνου. Ή διεγχειρητική άποκάλυψη δευτεροπαθή πυρήνα δεν πρέπει να άποτελεϊ άντένδειξη για την έξαιρεση της πρωτοπαθοϋς έστίας, άφου καρκίνος ήπατικός (πυρήνας) μπορεί να έξαιρεθεϊ, με τοπική έκτομή. Οι κλινικές μορφές είναι πολύ συχνές: άναφέρεται τό μελανωσάκρωμα του ήπατος, δευτεροπαθές σε μελάκωμα του όφθαλμού, οι ήπατικές μεταστάσεις των καρκινοειδών του πεπτικού με κυάνωση, έρυθρότητα, άλγη, διάροια και υπερπαραγωγή σεροτονίνης, ό καρκίνος του ήπατος σε παιδιά σπανιός και όπωσδήποτε με ύπεροχή ό πρωτοπαθής.



... ..

... ..

... ..

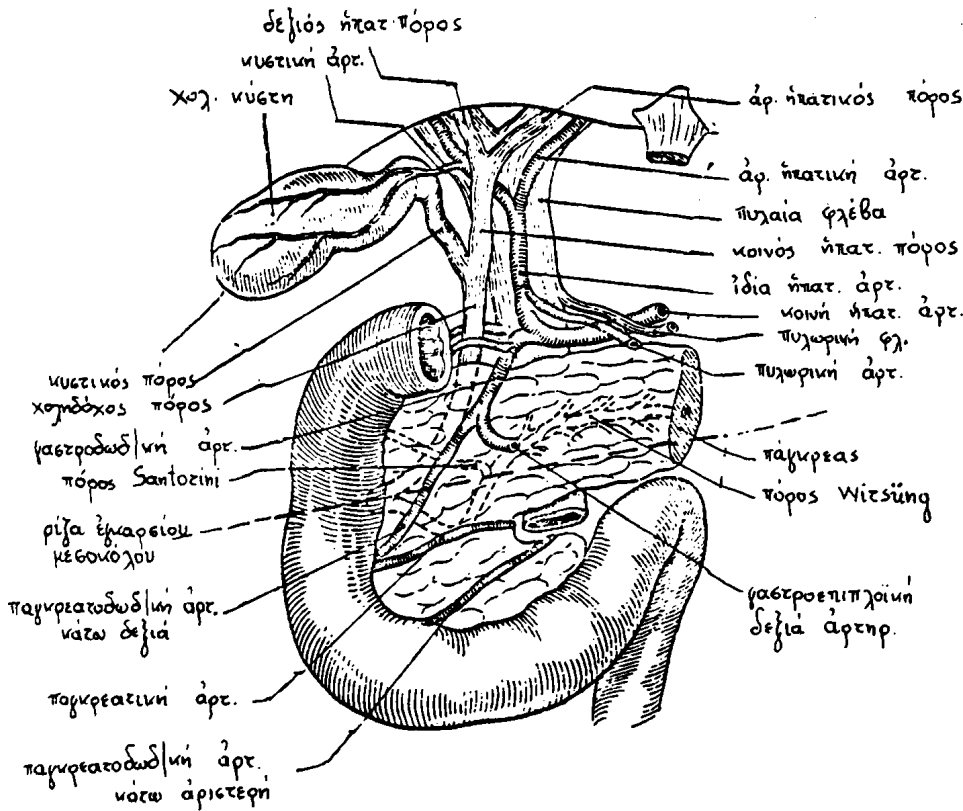
... ..

... ..



ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ ΟΔΩΝ

ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΥΠΟΜΝΗΣΗ. Ὑπάρχουν δύο χοληφόρες ὁδοί, ἡ κυρὶ α ὀ δ ὅ ς πού σχηματίζεται ἀπὸ τοὺς δύο ἡπατικούς πόρους, δεξιὸ καὶ ἀριστερὸ, τὸν κοινὸ ἡπατικὸ πού σχηματίζεται ἀπὸ τὴ συμβολή τους καὶ τέλος τὸ χοληδόχο πόρο, πού ἐκβάλλει στὸ δωδεκαδάκτυλο καὶ ἡ ἐ π ι κ ο υ ρ ι κ ῆ, πού περιλαμβάνει τὴ χοληδόχο κύστη καὶ τὸν κυστικὸ πόρο (Σχ. 65).



Σχ 65. Αναπαράσταση τῶν Ἐμφασιτικῶν Χοληφόρων ὁδῶν

Ὁ χοληδόχος πόρος ἐκβάλλει στὴ δεύτερη μοῖρα τοῦ 12λου, στὴ λύκηθο τοῦ Vater. Στὴν ἐκβολή του ὑπάρχει ὁ σφιγκτήρας τοῦ Oddi πού ρυθμίζει τὴ διόδου τῆς χολῆς στὸν πεπτικὸ σωλήνα. Ἡ χειρουργικὴ σημασία του εἶναι κεφαλαί-



ώδης.

ΓΕΝΙΚΗ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ

Τό σημεῖο ἐπίκλησης πού ὀδηγεῖ στήν ἰατρική ἐξέταση εἶναι ἐξαιρετικά ποικίλο.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

1. Ὁ πόνος. Πρόκειται γιά τό λειτουργικό σημεῖο, πού μπορεῖ νά ὑποδύεται δύο βασικές μορφές, τίς παρακάτω:

1. Ὁ κωλικός τοῦ ἥπατος. Στήν τυπική του μορφή, πολύ συχνά τή νύχτα, ἐκδηλώνεται αἰφνίδια πόνος τοῦ ὀποίου οἱ χαρακτηριστικές ἐπιτρέπουν νά ἀναγνωρισθεῖ: ἡ ἔνταση, πού εἶναι ποικίλη, συχνά πολύ ἰσχυρή, προκαλεῖ ἔντονη ἀνησυχία καί ὁ πάσχων ἀναζητᾷ μιά θέση τοῦ σώματος ἀνακουφιστική (διπλώνεται πρός τά μπρός, κάμπτει τά πόδια του στή κοιλιά καί ἄλλες).

Ὁ τύπος τοῦ πόνου μοιάζει μέ αἴσθησι συνθλιψῆς, καμμιά φορᾷ ἔντονης τάσης. Ἐντοπίζεται στό δεξιό ὑποχόνδριο καί ἀκτινοβολεῖ πρός τό δεξιό ὄμο, τήν ὀμοπλάτη, τήν αὐχενική μοίρα τῆς σπονδυλικῆς στήλης. Ἐπιφέρει δυσχέρειες ἀναπνευστικές πού εἶναι πιά ἐκδηλες στήν εἰσπνοή παρά στήν ἐκπνοή καί συνοδεύεται πολλές φορές μέ ναυτία καί ἐμέτες. Ἡ κρίσις τοῦ ἥπατος κωλικῆς ἔχει ποικίλη διάρκεια, ἀπό μερικές ὥρες μέχρι μερικές ἡμέρες. Ὅταν αὐτόματα παρέρχεται, τό τέλος τῆς κρίσις εἶναι ἀπότομο. Αἴσθησι ὑγείας διαδέχεται τήν κρίσι, χωρίς τήν παρεμβολή ἐνδιάμεσης κατάστασης καί ὁ ἀσθενής ἀναλαμβάνει γρήγορα.

Κλινικές μορφές μποροῦν νά διακριθοῦν ἀνάλογα μέ: τήν ἔντασι πόνου, τήν ἀρχική ἐντόπιση καί πού δέν εἶναι σπάνιο μερικές φορές νά ὑφίστανται μόνον οἱ ἀντανεκλάσεις τοῦ πόνου, τά συνοδά συμπτώματα καί καθῶς καί τή χρονική διάρκεια.

Σέ ἀνακεφαλαίωση ὁ ἥπατος κωλικός χαρακτηρίζεται ἀπό πόνου στό δεξιό ὑποχόνδριο, πού ἐμφανίζεται αἰφνίδια καί ἀντανεκλάται πρός τά ἐπάνω καθῶς καί δυσχέρειες εἰσπνευστικές τῆς ἀναπνοῆς.

Ἡ χολοκυστική κρίσις. Αὕτη ἐκδηλώνεται μέ τήν ἀπότομη ἐκλυση, συχνά νυκτερινή, πόνου στό δεξιό ὑποχόνδριο μέ τή μορφή βάρους, πού συνοδεύεται μέ ναυτία ἢ ἐμέτους. Ὁ πόνος αὐτός ὑποχωρεῖ προοδευτικά καί ἀφήνει τελικά μιά



εύαισθησία στην περιοχή. Τέτοιες επώδυνες κρίσεις επέρχονται συχνά στη φάση της έμμηνης ρύσης ή μετά από την λήψη λιπαρών τροφών, διαρκούν 2 ως 3 ημέρες με παρεμβολή ήρεμίας πολλών εβδομάδων ή ακόμα πολλών μηνών. Πρόκειται για τη γνωστή σαν κ ρ ί σ η τ ῶ ν τ ρ ι ῶ ν ἡ μ ε ρ ῶ ν, πού περιγράφηκε από τον Gutmann.

2. Ἡ δυσπεψία. Μὲ τὸν ὄρο αὐτό χαρακτηρίζονται ὀρισμένες διαταραχές πού μαρτυροῦν πάθηση τῶν χοληφόρων ὁδῶν.

Στὴν τυπικὴ μορφή ὑφίσταται αἰσθησιμότητα πληρότητας ἢ διάτασης τοῦ ἐπιγαστρίου, πού ἐπέρχεται 1/2 ὡς 3/4 τῆς ὥρας μετὰ τὸ γεῦμα καὶ συνοδεύεται μὲ γενικότερη δυσφορία ἀπὸ τὴν κοιλιὰ, ἐρυγές, ναυτία, ἐμέτους, ὑπνηλία. Οἱ διαταραχές αὐτές ἐξελλίσσονται κατὰ κρίσεις καὶ μπορεῖ νὰ ὀδηγήσουν τὴ σκέψη σὲ πάθηση τοῦ στομάχου. Ὅρισμένα στοιχεῖα καὶ χαρακτηῆρες ἐπιτρέπουν τότε τὴ διαφορικὴ διάγνωση, ὅπως εἶναι ἡ ἡμιζωστηροειδής ἢ πρὸς τὴν ὠμοπλάτη ὑψηλὰ ἀντανάκλαση ἀβληχροῦ πόνου, ἡ ἐκλυση τῶν ἐνοχλημάτων ὕστερα ἀπὸ τὴν λήψη ὀρισμένου εἶδους τροφῶν πού ὁ ἀσθενὴς γρήγορα μαθαίνει νὰ ἀναγνωρίζει καὶ νὰ ἀποφεύγει, ὅπως λίπη σοκολάτα, αὐγά, σάλτσες.

Διαταραχές συνοδές πού μπορεῖ νὰ ὑφίστανται μόνες τους συνιστοῦν τότε μιὰ ἄλλη ποικιλία τῆς χολικῆς δυσπεψίας.

Αὐτές εἶναι:

α. Δ ι α τ α ρ α χ έ ς ἐ ν τ ε ρ ι κ έ ς, μὲ τὴ μορφή πολὺ συχνῶν δ ι α ρ ρ ο ι ῶ ν μετὰ τὴ λήψη τροφῆς. Ἐκδηλώνονται μὲ ἐπιτακτικὴ ἐπιθυμία κενώσεων ἀμέσως σὲ τέλος τοῦ φαγητοῦ, ἢ λίγο πῖο ἀργότερα καὶ πού τὸ γεγονός αὐτό ἐρχεται σὲ ἀμεση ἀντίθεση μὲ τὴν κατάσταση συνήθισμένης δυσκοιλιότητος πού παρατηρεῖται σὲ τέτοιους ἀρρώστους.

β. Δ ι α τ α ρ α χ έ ς ἀ λ λ ε ρ γ ι κ έ ς πού χαρακτηρίζονται ἀπὸ κ ε φ α λ α λ γ ί ε ς ἐξελισσόμενες κατὰ κ ρ ί σ ε ι ς σὲ τέλος τοῦ φαγητοῦ καὶ μὲ ἐντόπιση συνήθως ὀ φ θ α λ μ ι κ ῆ. Οἱ διαταραχές αὐτές χολικῆς δυσπεψίας μπορεῖ νὰ ὑπάρχουν μόνες τους ἢ νὰ συνιστοῦν τὸ ὑπόβαθρο σὲ ὁποῖο ἐπιπροστίθενται οἱ επώδυνες κρίσεις.

ΓΕΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

1. Ὁ π υ ρ ε τ ὄ ς εἶναι πολὺ σημαντικὸ κλινικὸ στοιχεῖο ὄχι γιὰ τὴ διάγνωση τῆς πάθησης τῶν χοληφόρων ἀλλὰ γιὰ τὴν αἰτιολογικὴ διάγνωση. Πράγματι σὲ ἀντίθεση μὲ τὸν καρκίνο ἢ λιθίαση τῶν χοληφόρων ὁδῶν συνοδεύεται πάντοτε ἀπὸ φ λ ε γ -



μ ο ν ώ δ η φαινόμενα. Ὁ πυρετός εἶναι ἐκδηλος, ἀνέρχεται αἰφνίδια, ἀφοῦ προηγοῦνται φρίκια, φθάνει τοῦς 40° C γιὰ νά ὑποχωρήσει μέσα σέ λίγες ὥρες. Ἄλλοτε πάλι εἶναι πιό ἥπιος, ἀνώμαλος, ἢ ἀκόμα μπορεῖ νά εἶναι τόσο φευγαλέος ὥστε μόνο ἡ συστηματική, πολλές φορές στό 24ωρο, μέτρηση τῆς θερμοκρασίας μπορεῖ νά τόν ἀποκαλύψει. Τέλος σέ μερικές περιπτώσεις ὁ πυρετός ἀπουσιάζει .

2. Ἡ ἀλλοίωση τῆς γενικῆς κατάστασης. Αὕτη κλασσικά εἶναι σαφῆς στόν καρκίνο, ἐνῶ ἀντίθετα στήν λιθίαση τῶν χοληφόρων ὁδῶν παραμένει ἀνεπηρέαστη. Ὅμως οἱ πεπτικές διαταραχές, ἀλλά καί ἡ δίαιτα πού ἐπιβάλλεται στόν πάσχοντα, μπορεῖ νά εἶναι ὑπόλογες γιὰ τίς διαταραχές τῆς γενικῆς κατάστασης, πού συνίστανται τότε σέ ἀτονία, εὐερεθιστότητα, ἀδυνάτισμα, πού ἔρχεται σέ ἀντίθεση μέ τήν παχυσαρκία, συνηθισμένη στοῦς ἀρρώστους αὐτούς. Στήν πράξη σπάνια ἕνα ἀπό αὐτά τά γενικά σημεῖα ὁδηγεῖ στήν λατρική ἐξέταση. Πολύ συχνά μόνο μέ τήν εὐκαιρία συστηματικοῦ κλινικοῦ ἐλέγχου μπορεῖ νά προσδιορισθοῦν καί νά αἰτιολογηθοῦν ὀρθά.

ΦΥΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

Πρόκειται γιὰ σημεῖα κατά τήν κλινική ἐξέταση, ἀπό τά ὁποῖα ἕνα τουλάχιστον εἶναι ἀποκαλυπτικό, ὅπως ὁ ἱ κ τ ε ρ ο ς.

ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ. Αὕτη πρέπει νά ἐκτελεῖται κατά προτίμηση στό φ ῶ ς τ ῆ ς ἡ μ έ ρ α ς καί σέ ἐντελῶς γ υ μ ν ω μ έ ν ο ἄρρωστο.

1. Ὁ ἱ κ τ ε ρ ο ς εἶναι ἐμφανῆς στό δέρμα καί στόν ἐπιπεφυκότα. Μπορεῖ νά ἔχει ποικίλη ἔνταση πού κυμαίνεται ἀπό ὑ π ί κ τ ε ρ ο μέχρι ἔ κ δ η λ ο καί γ ε ν ι κ ε υ μ έ ν ο ἱ κ τ ε ρ ο. Ἡ χροιά του εἶναι ἐπίσης ποικίλη: κ ί τ ρ ι ν ο ς, π ρ α σ ι ν ί ζ ω ν ἢ ἔ ρ υ θ ρ ω π ό ς ἱ κ τ ε ρ ο ς.

Συνοδεύεται ἀπό ὑ π έ ρ χ ρ ω σ η τῶν οὔρων, ἀ π ο χ ρ ω μ α τ ι σ μ ό τῶν κενώσεων πού εἶναι σάν ἀλοιφή, γκριζολευκωπές. Ἐξελίσσεται εἴτε κατά τρόπο π ο ι κ ί λ ο , μέ ἔνταση πού μεταβάλεται ἀπό τή μιὰ μέρα στήν ἄλλη, μέχρις ὅτου ἐξαφανισθεῖ, ὅποτε δικαιολογεῖται ἡ σκέψη γιὰ τήν λ ι θ ί α σ η, εἴτε κατά τρόπο σταθερό, π ρ ο ο δ ε υ τ ι κ á ἐπιτεινόμενο, ὅποτε γίνεται β α θ υ χ ρ ω μ α τ ι κ ό ς, στοιχεῖο πού πρέπει νά στρέψει τή σκέψη σέ νεοπλασματική ἐπεξεργασία. Ὁ ἱ κ τ ε ρ ο ς συνοδεύεται συχνά μέ κ ν η σ μ ό,



ή ένταση του όποιου κλασσικά συσχετίζεται με τό βαθμό της απόφραξης τών χοληφόρων όδών.

2. Οί βλάβες του δέρματος (δ ρ υ φ ά δ ε ς), πού προκαλούνται από τόν επίμονο κνησμό έξ αίτίας του κνησμού διαπιστώνονται άρκετές φορές στην έπισκόπηση.

ΨΗΛΑΦΗΣΗ: Αύτή πρέπει νά γίνεται μέ ζεστά τά χέρια και άπλωμένα. Άρχίζει από τίς περιοχές τίς λιγότερο επώδυνες μέ ήπιότητα και ύπομονή, ώστε έτσι νά μπορέσει νά έκτιμηθεϊ:

α. Ἡ κ α τ ά σ τ α σ η τ ῶ ν κ ο ι λ ι α κ ῶ ν τ ο ι -
χ ω μ ά τ ω ν: Είτε μαλακά και εύκολα ψηλαφήσιμα, είτε μέ αντίσταση πού ή ήπια ψηλάφηση και επίμονη μπορεϊ νά υπερνικήσει, είτε τέλος σύσπαση τών μυών του κοιλιϊάκου τοιχώματος τήν όποία ή ψηλάφηση μέ τά χέρια δέν μπορεϊ νά υπερνικήσει. Είςαι σημαντικό νά σημειωθεϊ ό τοπικός ή γενικευμένος χαρακτήρας τών εύρημάτων αύτάν από τά κοιλιακά τοιχώματα.

β. Ἡ κ α τ ά σ τ α σ η τ ο ὗ ἥ π α τ ο ς. Πρέπει νά έκτιμηθεϊ : Τό μέγεθος, προσδιορίζοντας μέ τήν ψηλάφηση τό κάτω χεϊλος του σε σχέση μέ τό πλευρικό τόξο, και τό άνω χεϊλος μέ τήν επίκρουση. Φυσιολογικά στή μαστική γραμμή ή απόσταση είναι 11 ως 12 cm.. Ἡ σ ύ σ τ α σ η , μαλακή ή σκληρή, όμαλή ή άνώμαλη. Ἡ αύξηση του μεγέθους του ήπατος σε πάσχοντα από πάθηση τών χοληφόρων ύποδηλώνει τίς έπιπτώσεις της στο ήπαρ. Πρόκειται για τό ήπαρ της χολόστασης (χ ο λ ο σ τ α τ ι κ ὸ ἥ π α ρ).

3. Ἡ κ α τ ά σ τ α σ η τ ῆ ς χ ο λ η δ ὄ χ ο υ κ ὦ σ τ η ς:

α. Φυσιολογικά αύτή δέν γίνεται αίσθητή μέ τήν ψηλάφηση γιατί δέν ξεπερνάει τό κάτω χεϊλος του ήπατος.

β. Καμιά φορά ψηλαφάται στο κάτω χεϊλος του ήπατος μάζα ύποστρόγγυλη, μαλακή, έλαστική πολύ ή λίγο εύαίσητη: Πρόκειται για δ ι α τ ε τ α μ έ ν η χοληδόχο κύστη.

γ. Κατά σχηματικό τρόπο μπορεϊ νά διακριθοϋν: Χοληδόχος κύστη άψηλάφητη. Πρόκειται τότε για φυσιολογική ή σκληροατροφική κύστη, γεγονός πού είναι συχνό στή λιθίαση αύτης. Χοληδόχος ψηλαφητή, έπομένως διατεταμένη. Πρόκειται τότε για απόφραξη, από λίθο συνήθως, του κυστικού πόρου, είτε για νεοπλασματική απόφραξη του χοληδόχου πόρου.

Τά κλινικά σημεία αύτά δέν είναι άξιοποιήσιμα παρά σε άπουσία πυρετου, άφου ή όξεία φλεγμονή της χοληδόχου κύστης αύξάνει τό μέγεθος της.



4. Ἡ ὑπαρξη ἐπώδυνων σημείων πρέπει πάντοτε νά αναζητεῖται:

α. Μέ τό χειρισμό τοῦ Murphy κατά τόν ὁποῖο τά δάκτυλα τοῦ ἐξετάζοντος χεριοῦ, τεντωμένα, ψηλαφοῦν τό δεξιό ὑποχόνδριο, ἐνῶ ὁ ἄρρωστος εἶναι ἠπτια ξαπλωμένος, ὁπότε ὁ προκαλούμενος πόνος γίνεται πιό ἐντονος κατά τήν ἐί σ π ν ο ή τήν ὁποία καί σταματάει. Ὁ προκλητός αὐτός πόνος ἔχει τ ο ὗ ς ἴ δ ι ο υ ς χ α ρ α κ τ ῆ ρ ε ς μέ αὐτόν πού αἰσθάνεται αὐτόματα ὁ ἄρρωστος. Ὁ ἴδιος χειρισμός τοῦ Murphy πρέπει νά γίνεи στή συνέχεια σέ ὄρθια θέση τοῦ ἀρρώστου, καί μετά σέ κάμψη τοῦ κορμιοῦ του πρός τά μπρός. Καί στίς περιπτώσεις αὐτές προκύπτει τό ἴδιο ἀποτέλεσμα: Πόνος καί διακοπή τῆς ἀναπνοῆς.

β. Ἡ ἀνεύρεση ἀπομακρυσμένων ἐπώδυνων σημείων ἔχει μικρότερη σημειολογική ἀξία: στήν ὠμαπλάτη, στήν ἀκανθώδη ἀπόφυση τῶν 8ου, 9ου, 10ου θωρακικῶν σπονδύλων.

ΕΠΙΚΡΟΥΣΗ: Αὐτή ἐπιτρέπει νά ἐκτιμηθοῦν τά ἄνω ὄρια τοῦ ἥπατος, νά κριθεῖ ἡ τυμπανικότητα τῆς κοιλιάς, πού ἀντικαθίσταται ἀπό ἀμβλύτητα σέ περίπτωση σύσπασης τῶν τοιχωμάτων.

ΔΑΚΤΥΛΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ: Αὐτή, παρόλο πού πρέπει νά γίνεται συστηματικά σέ κάθε φυσική ἐξέταση δέ δίνει θετικές πληροφορίες παρά μόνο ὅταν ὑπάρχει γενικευμένη περιτονίτιδα, ὁπότε διαπιστώνεται ἐπώδυνος δοῦ γ λ ἄ σ ι ο ς.

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Βιολογικές ἐξετάσεις. Αὐτές μπορεῖ νά συσχετισθοῦν μέ σημεῖα: λοίμωξις, ἱκτέροῦ, ἀπόφραξης, προσβολῆς τῶν ἥπατικῶν κυττάρων

Σημεῖα φλεγμονῆς: Ἡ φλεγμονώδης κατάσταση ἐρμηνεύεται μέ λευκοκυττάρωση καί πολυμορφοπυρήνωση στόν τύπο τοῦ αἵματος.

Σημεῖα ἱκτεροῦ στό αἷμα:

Ὀλική χολερυθρίνη: φυσιολογικά: 3-5 mg/l.

σέ ἱκτερο : 15-30 mg/l.

Χολικά ἄλατα: φυσιολογικά: 50-100 mg/l.

σέ ἱκτερο : πάνω ἀπό 120 mg/l.

Σημεῖα ἐπίσχεσης τῆς χολῆς.

α. Στό αἷμα.



Χοληστερίνη: Φυσιολογικά: 2gr όλική, 1,3gr έστεροποιημένη, σχέση Έστ./Όλ.: 0,65.

σέ απόφραξη: αύξηση τής όλικής και έστεροποιημένης, έλάττωση τής σχέσης των.

Λιπαίμια. Φυσιολογικά 4-5 gr/l.

σέ απόφραξη: πάνω από 10 gr.

Άλκαλικές φωσφατάσεις φυσιολογικά: 4 μονάδες Bodansky.

σέ απόφραξη: πιο πάνω από 8 μονάδες Bodansky.

Κάθαρση βρωμοσουλφονοφθαλεΐνης.

Συνήθης τεχνική: Φυσιολογικά 5% μετά 45 min.

σέ απόφραξη: 20 ως 30%.

β. Στά ούρα: Σέ φυσιολογική κατάσταση δέν υπάρχουν χολικά άλατα ούτε άλλα στοιχειά χολής. Σέ απόφραξη τά στοιχειά αυτά αποκαλύπτονται μέ τήν αντίδραση του Gmelin, ένω τά χολικά άλατα μέ τήν αντίδραση του Hay ή μέ τήν αντίδραση του Rettenkofer.

γ. Στίς κενώσεις φυσιολογικά υπάρχουν 50 ως 200 mg κοπροχολίνης, πού απουσιάζει σέ απόφραξη των χοληφόρων όδών.

δ. Στή χολή. Μέ 12κυτλική διασωλήνωση λαμβάνονται τά γνωστά τρία δείγματα τής χολής α, β, γ. Τό δείγμα α είναι κιτρινόχρυσο και προέρχεται από τό χοληδόχο πόρο, τό β από τή χοληδόχο κύστη και τέλος τό δείγμα χολής γ είναι καθαρό και φωτεινό και προέρχεται από τά ένδοηπατικά χοληφόρα.

4. Σημεΐα βλάβης των ήπατικών κυττάρων. Τά ήπατικά κύτταρα παραμένουν άθικτα κατά τήν άρχική φάση τής μόλυνσης των χοληφόρων, αλλά όταν ή απόφραξη παρατείνεται έμφανίζονται διαταραχές. Αύτές έλέγχονται μέ τίς κροκυδοαντιδράσεις, τή μέθοδο τής προκαλούμενης γαλακτοζουρίας, μέ τόν προσδιορισμό του σακχάρου και τής ούρίας, των τρανσαμινασών και τέλος μέ τή μελέτη τής πηκτικότητας του αίματος.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

1. Άκτινογραφίες χωρίς προπαρασκευή. Αύτές άφορούν στό δεξιό υποχόνδριο, παίρνονται κατά μέτωπο και πλάγιες και μπορεί νά αποκαλύψουν λίθους τής κύστης ή του χοληδόχου πόρου.

2. Χολοκυστογραφία per os. Γι' αυτή χρησιμοποιούνται φάρμακα πού απορροφώνται από τό πεπτικό, εισέρχονται στην κυκλοφορία τής πυλαίας και αποβάλλονται από τό ήπαρ μέ τή χολή τήν όποια καθιστούν έτσι άκτινοσκοιερή.



3. Χολαγγειογραφία ένδοφλέβια. Αύτη έπιτρέπει τή γρήγορη σκιαγράφηση τής κύριας χοληφόρου όδοϋ. Συγκριτικά μέ τήν άπλή χολοκυστογραφία, δίνει έξαιρετική σκιαγράφηση τής κύριας χοληφόρου όδοϋ, αλλά άρκετά λιγότερη τής χοληδόχου κύστης. Έπιτρέπει τήν άναγνώριση διάτασης ή όχι τής κύριας χοληφόρου όδοϋ, τήν ύπαρξη κωλύματος, τήν άκώλυτη ή όχι διόδο τής σκιερās ούσίας στό δωδεκαδάκτυλο.

Συμπερασματικά οι τρεις αυτές έξετάσεις άλληλοσυμπληρώνονται, οι δύο τελευταίες όμως δέν μπορούν νά χρησιμοποιηθούν όταν ο άρρωστος είναι ίκτερικός. Έκτελούμενες προεγχειρητικώς μέ κανένα τρόπο δέν άποκλείουν τή διεγχειρητική επανάληψή τους.

ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΡΟ ΚΑΙ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ. 'Απ' αυτές πρέπει νά μνημονευθεί ή διεγχειρητική άκτινομετρία. Πρόκειται για τή μέτρηση στήν έγχείρηση τής πίεσης πού επικρατεί μέσα στήν κύρια χοληφόρο όδό, καί άποβλέπει στήν έκτίμηση τελικά τών έπιπτώσεών της στή λειτουργία του σφιγκτήρα του Oddi. Ταυτόχρονα συνδυάζεται μέ τή διεγχειρητική χολαγγειογραφία για τήν πληρέστερη διερεύνηση καί τήν άνακάλυψη ύπολοιπόμενων λίθων. Σέ φυσιολογική πίεση στό χοληφόρο δέντρο, ιδιαίτερα στό χοληδόχο πόρο, πού έπιτρέπει τή διάνοιξη του σφιγκτήρα του Oddi, άνέρχεται σέ 10-12 cm στήλης νεροϋ. Πιο πάνω από 13 cm πρόκειται για ύπερτονία αυτού καί πιο κάτω σέ 5 cm για ύποτονία. Έτσι μέ τή μέθοδο αύτη έπαληθεύεται μέ βεβαιότητα ή άπουσία κωλύματος στήν κύρια χοληφόρο όδό, κι έκτιμάται τυχόν σφιγκτηριακή βλάβη ή όποια άπαιτεί τότε μιά πρόσθετη χειρουργική πράξη.

ΧΡΟΝΙΑ ΛΙΘΙΑΣΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ

Νόσος άρκετά πολύμορφη, πού προσβάλει κυρίως γυναίκες μέσης ηλικίας, ή χρόνια λιθιασική χολοκυστίτιδα εύθύνεται για βαριές έπιπλοκές, πού δικαιολογούν σέ πολλές περιπτώσεις τή χειρουργική θεραπεία της, παρόλο πού πρόκειται για νόσο άρκετά άνεκτή.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΑΠΟΚΑΛΥΠΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ. Αύτά έκδηλώνονται σέ συχνότερο βαθμό σέ γυναίκες μέσης ηλικίας, πολυτόκος καί παχύσαρες. Όλα τά λειτουργικά σημεία βλάβης τών χοληφόρων όδών μπορεί νά παρατηρηθούν. Συχνότερα όμως οι



πάσχοντες διαμαρτύρονται: για α λ γ η στο δεξιό υποχόνδριο, β ύ θ ι α, σ υ ν ε χ η με τη μορφή τάσης, καθώς και πεπτικές διαταραχές, πολύ ή λιγότερο συνεχείς. Οι διαταραχές αυτές εκδηλώνονται περισσότερο εξαιτίας διαιτητικών παρεκτροπών, όπως κατανάλωση λιπαρών τροφών, (αύγά, σοκολάτα, κ.λ.π.), πού τις εύνοούν, γεγονός πού κάποτε έπισημαίνουν οι άρρωστοι και τις άποφεύγουν. Οι διαταραχές αυτές έντεινούνται ακόμα στή φάση της έμμηνης ρύσης και μπορεί νά προκαλέσουν χολοκυστικές κρίσεις ή ήπατικούς κωλικούς, περισσότερο ή λιγότερο τυπικούς.

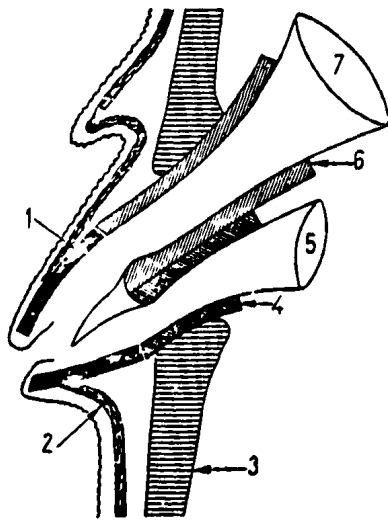
Άπό την κλινική εξέταση της κοιλιάς διαπιστώνεται ήπαρ φυσιολογικό, χοληδόχος κύστη άψηλάφητη, αλλά σημείο του Murphay, (πρόκληση ίσχυροϋ πόνου πού σταματάει την άναπνοή στήν πίεση του δεξιού υποχονδρίου) θετικό.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η εξέταση αυτή είναι ούσιώδης.

1. Οι άκτινογραφίες χωρίς προπαρασκευή μπορεί νά δείξουν την παρουσία λίθων στή χοληδόχο κύστη πού προβάλλονται κάτω από τις πλευρές, δεξιά και μπρός της σπονδυλικής στήλης.

Άπ' αυτό έρμηνεύεται και τό ένδιαφέρον των άκτινογραφιών σέ πλάγια θέση και σέ στροφή 3/4 γεγονός πού τούς διαφοροποιεί από τούς λίθους του νεφροϋ. (έκ. 66)

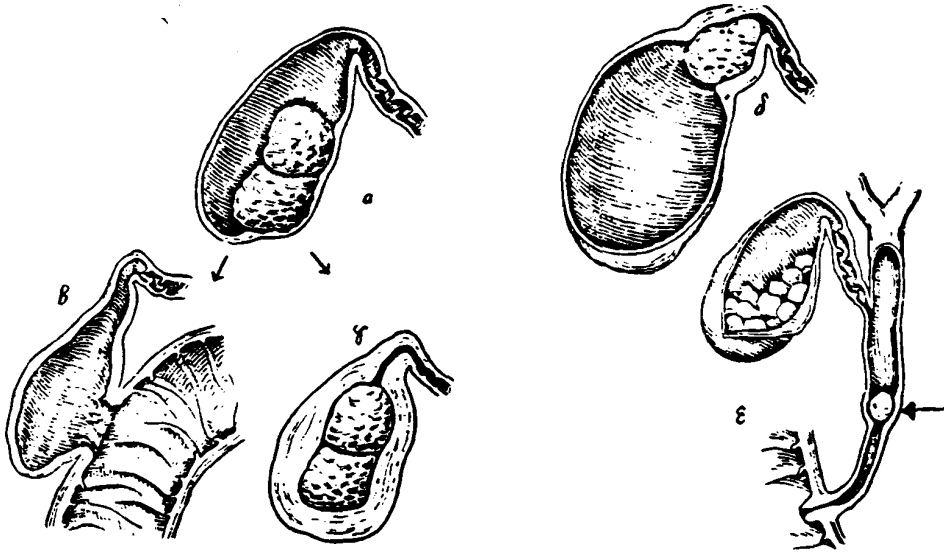


Σχ. 66 Άναπαράσταση του σφίγκτερα του Oddi
 1= κοινός σφίγκτερας 2= μυϊκές ίνες - βγενναγόνοσ
 3= μύϊκό τοίχωμα 12/3ου 4= σφίγκτερας του Witzung
 6= σφίγκτερας χοληδ. πόρου 7= χοληδόχος πόρος.





Σχ. 67. Γηθίαση Χοληδόχου κύστης



Σχ. 68. α, γ, δ = γηθίαση χοληδόχου κύστης
 β = έσωτερικό ευρίγγελιο
 ε = μετανάστευση χοληθίου στο χοληδόχο πόρο

2. 'Η χολοκυστογραφία per os σέ συνδυασμό μέ γεύμα του Boyden. Αύτή άποκαλύπτει λίθους, πού είναι άόρατοι χωρίς σκιαστικό διάλυμα, έκτιμάει τή λειτουργικότητα τής χοληδόχου κύστης, καί διασαφηνίζει άκτινολογικές εικόνες άμφίβολες. Όταν ή χοληδόχος κύστη δέν σκιαγραφείται, πριν βγει τό συμπέρασμα ότι αύτή είναι άποκλεισμένη (άπό λίθο σφηνωμένο στόν κυστικό πόρο γιά παράδειγμα), πρέπει νά έπαναληφθει ή εξέταση μετά μερικές ήμέρες άργότερα. (Σχ. 67, 68)

3. 'Η ένδοφλέβια χολαγγειογραφία πληροφορεί γιά τήν κατάσταση τής κυρίας χοληφόρου όδου (φυσιολογική ή διατεταμένη, έλεύθερη ή έδρα κωλυμάτων κλινικώς σιωπηλών).

Γενική εξέταση. Μέ αύτή έκτιμάται ή ηλικία, ή παχυσαρκία, τά διάφορα έλλείμματα, ή γενική τέλος κατάσταση καί κατά συνέπεια τό χειρουργικό "έδαφος". Άποκαλύπτει επίσης άλλες πεπτικές βλάβες πού μπορεί νά ένοχοποιούνται γιά μέρος τών διαταραχών του άρρώστου.

Έπιπλοκές.



Όξεις: Έξ ορισμού αυτές είναι σφοδρές και μερικές φορές αποκαλυπτικές της νόσου, όπως όξεία χολοκυστίτιδα, λιθίαση του χοληδόχου πόρου, όξεία παγκρεατίτιδα.

Υποκλινικές.

α. Μετανάστευση λίθου στο χοληδόχο πόρο, πού, επειδή συχνά είναι υποκλινικός, πρέπει απαραίτητα να είναι γνωστή για την ένδειξη τότε χειρουργικής επέμβασης. Η χολαγγειογραφία είναι η εξέταση πού αποκαλύπτει τέτοιους λίθους σε αξιόλογο αριθμό περιπτώσεων.

β. Επιπτώσεις στη λειτουργικότητα της κύριας χοληφόρου οδού. Η δυστονία του χοληφόρου δέντρου συχνά συνοδεύει τη λιθίαση, πού πρέπει να είναι γνωστή, για να μπορεϊ να θεραπεύεται σωστά. Η ακτινομανομετρία μπορεί να τη βεβαιώσει.

γ. Επιπτώσεις στο ήπαρ. Αυτές δέν υφίστανται παρά μετά από μακρόχρονη ή επίπλεγμένη εξέλιξη. Έτσι τό χολοστατικό ήπαρ είναι διογκωμένο και στη λαπαροσκόπηση φαίνεται πρασινωπό, ενώ η χολική κίρρωση αναπτύσσεται σε δψιμο στάδιο κι όταν η απόφραξη των χοληφόρων οδών είναι πλήρης.

δ. Επιπτώσεις στο πάγκρεας. Βουβές κλινικώς πολύ συχνά, δέν αποκαλύπτονται παρά μόνο στη διάρκεια της έγχειρσης.

ε. Κακοήθης έξαλλαγή. Πρόκειται στην πραγματικότητα για συνύπαρξη χολολιθίασης και καρκίνου της χοληδόχου κύστης, κι όχι για επίπλοκή. Όμως πρέπει να τονιστεϊ ότι ο καρκίνος της χοληδόχου κύστης παρατηρεϊται στους λιθιασικούς.

Έξελιξη.

Η εξέλιξη της λιθίασης της χοληδόχου κύστης είναι απρόβλεπτη, αφού μπορεί να είναι ήπια και να διαρκεϊ επί πολλά χρόνια. Ορισμένες χολοκυστίτιδες είναι επίσης καλώς άνεκτές και συμβατές με ποιότητα ζωής σχεδόν φυσιολογική, εκτός από ορισμένες διαιτητικές προφυλάξεις. Άλλες αντίθετα εξελίσσονται συνεχώς επιδεινούμενες, με κρίσεις επαναλαμβανόμενες και δυσμενεϊς επιπτώσεις στη γενική κατάσταση, ενώ γρήγορα έμφανίζονται οι επίπλοκές.

ΟΞΕΙΑ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ

Η όξεία φλεγμονή της χοληδόχου κύστης είναι επείγουσα νόσος, η διάγνωση της οποίας δέν είναι πάντοτε εύχερης



έξαιτίας του πολυμορφισμού της, αλλά και πού η θεραπεία της πρέπει να αναλαμβάνεται ταχύτατα.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ.

Ἡ ὄξεία χολοκυστίτιδα, πού πάρα πολύ συχνά έχει λιθιασική αἰτιολογία, ἐκδηλώνεται μέ ὀξύ κοιλιακό σύνδρομο, ἐπώδυνο, κατά τό δεξιό ὑποχόνδριο καί ὑψηλό πυρετό.

Ἡ ἐναρξη. Αὐτή εἶναι σφοδρή, χαρακτηριζόμενη ἀπό έντονο πόνο στό δεξιό ὑποχόνδριο ἢ τό ὑπογάστριο, πού ἀκτινοβολεῖ στό δεξιό ὤμο ἢ στή μεσωμοπλατιαία χώρα καί πού ἀναστέλλει τήν ἀναπνοή. Ὁ πόνος συνοδεύεται μέ ναυτία ἢ πιά ἀραιότερα μέ ἐμετούς. Ἡ θερμοκρασία εἶναι ὑψηλή 39 - 40° C καί ὁ σφυγμός εἶναι ταχύς.

Στή φυσική ἐξέταση: Σημειώνονται τρία ἀξιόλογα σημεῖα:

1. Τά κοιλιακά τοιχώματα ἐμφανίζουν ἀντίσταση ἢ σόσπαση κατά τήν περιοχὴ τοῦ ἄνω δεξιοῦ μισοῦ της, ἐνῶ εἶναι ἐλεύθερη ἢ ὑπόλοιπη κοιλιά.

2. Ἡ περιοχὴ τῆς χοληδόχου κύστης εἶναι ἐπώδυνη στήν ψηλάφηση.

2. Ἡ ἦπια καί ὑπομονετική ψηλάφηση, παρά τήν ἀντίσταση καί τόν πόνο, μπορεῖ νά ἀποκαλύψει διατεταμένη χοληδόχο κύστη, πολύ ἐπώδυνη.

Ἡ ὑπόλοιπη κοιλιά εἶναι μαλακή καί ἀνώδυνη. Ἡ δακτυλική ἐξέταση ἀπό τό ὀρθό δέν ἀποκαλύπτει ἐπώδυνο δουλάσσειο.

Ἐπὲρ τῆς χολικῆς προέλευσης τοῦ ὀξέως αὐτοῦ ἐπεισοδίου συνηγορεῖ ἡ συχνή ὑπαρξη ὑπικτέρου καί ὑπέρχρωσης τῶν οὔρων, πού περιέχουν στοιχεῖα χολῆς. Μιά τέτοια κλινική εἰκόνα συνηγορεῖ γιά ὄξεία χολοκυστίτιδα καί ἐπιβάλλει λεπτομερειακό ἱστορικό, ἀκτινολογικό ἐλεγχό, συμπληρωματικές ἐξετάσεις.

Στό ἱστορικό ἀποκαλύπτεται μερικές φορές λιθίαση τῆς χοληδόχου κύστης, γνωστή στό παρελθόν καί ἐπαληθευμένη μέ ἀκτινογραφίες. Ἄλλοτε, λειτουργικά σημεῖα πού προὔπηρχαν, ἐρμηνεύουν βλάβη τῶν χοληφόρων ὁδῶν, ὅπως ἀλγὴ ὁποιοῦδήποτε τύπου, δυσπεψία κ.λ.π.

Ἀκτινολογικός ἐλεγχός.

Ἀκτινογραφίες χωρίς προπαρασκευὴ πρέπει νά ζητοῦνται



καί νά λαμβάνονται έπειγόντως καί φυσικά νά έρμηνεύονται μέ κάθε λεπτομέρεια. Μερικές φορές έπιβεβαιώνουν λιθίαση, ένώ άλλες αποκλείουν άλλη έπείγουσα χειρουργική πάθηση, μέ τήν άνυπαρξία ύδραερικῶν έπιπέδων ή πνευμοπεριτοναίου.

Σ υ μ π λ η ρ ω μ α τ ι κ έ ς έ ξ ε τ ά σ ε ι ς. Αύτές περιλαμβάνουν έξετάσεις τοῦ αίματος γιά λευκοκυττάρωση, ένώ οί περισσότερες άπ' αύτές δέν έχουν άμεσο διαγνωστικό ένδιαφέρον, αλλά πού δίνουν όμως στοιχεΐα γιά τήν παρακολούθηση τοῦ άρρώστου, όπως ή ούρία, τό σάκχαρο, οί ήπατικές δοκιμασίες, τό ίοντόγραμμα κ.λ.π.

Έφόσον έχει τεθεΐ ή διάγνωση σέ τέτοια τυπική κλινική εικόνα, έπιβάλλεται ή συμπλήρωση τής κλινικής καί παρακλινικής μελέτης πού άφορά, στήν ήλικία, στήν εκτίμηση τής γενικής κατάστασης τοῦ άρρώστου, στή διαπίστωση συνύπαρξης γενικότερων παθήσεων, όπως διαβήτης, άλκοολισμός κ.λ.π. στήν εκτίμηση τής άγγειοκαρδιακής κατάστασης, όπως καί τοῦ ούροποιητικοῦ καί άναπνευστικοῦ συστήματος. Ο ίσο-λογισμός αύτός είναι κεφαλαιώδης γιαντί τό "έδαφος" παΐζει μεγάλο ρόλο στίς θεραπευτικές χειρουργικές ένδείξεις.

ΕΞΕΛΙΞΗ

Αύτή είναι άπρόβλεπτη, γιαντί μπορεί νά είναι:

1. Ε ύ ν ο ῖ κ ή. Έπό τήν επίδραση τής θεραπείας ή βελτίωση διαγράφεται τόσο στό λειτουργικό όσο καί στό άντικειμενικό επίπεδο, αλλά τό μέλλον είναι σκοτεινό. φλεγμονώδεις έπιπλοκές δέν μπορεί νά αποκλεισθούν, ένώ κύστη μέ τίς άλλωσεις της μπορεί νά έχει ξεπεράσει τό στάδιο τής ύπακοης στή συντηρητική θεραπεία καί φυσικά πρέπει τότε νά αφαιρεθεΐ χειρουργικῶς.
2. Δ υ σ μ ε ν ή ς. Παρά τήν έντονη ακόμα συντηρητική θεραπεία ή βελτίωση δέν άναφαίνεται. Οί έπιπλοκές έπέρχονται γρήγορα. Έπαναλαμβανόμενες τακτικά οί έξετάσεις όπως καί ή κλινική παρακολούθηση όφείλουν νά τίς άποκαλύψουν πρώϊμα.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

1. Γ ε ν ι κ ε υ μ έ ν η π ε ρ ι τ ο ν ί τ ι δ α. Καμιά φορά είναι τυπική μέ διαξιφιστικό πόνο, έμετούς, άναστολή τής άποβολής κοπράνων καί άερίων, θερμοκρασία σέ 40^ο C, σφύξεις 120/min, γενικευμένη σύσπαση τών κοιλιακῶν τοιχωμάτων. Συχνότερα είναι λιγότερο σαφής, κι εκδηλώνεται μέ επίταση



του πόνου, αύξηση της αντίστασης των τοιχωμάτων, ή μετάπτωση αυτής προς σύσπαση περιορισμένη άρχικά πού γρήγορα γενικεύεται, όποτε ή ένδειξη επείγουσας χειρουργικής επέμβασης είναι επιβεβλημένη.

2. Έντοπισμένη περιτονίτιδα. Είναι ή πιο συχνή κλινική εικόνα στην οποία βρίσκεται όταν έξετάζεται για πρώτη φορά ο άρρωστος. Υπό την επίδραση της συντηρητικής θεραπείας βελτιώνεται ή γενική κατάσταση, αλλά ή θερμοκρασία παραμένει ύψηλή. Η σύσπαση υποχωρεί, παραμένει αντίσταση και επώδυνη διόγκωση, πού καταλαμβάνει όλόκληρο τό δεξιό υποχόνδριο, μέ όρια άσαφή προς τά κάτω, ένώ προς τά επάνω συνεχεται μέ τό ήπαρ. Στην επίκρουση ή φλεγμονώδης αυτή διόγκωση δίνει άμβλύτητα. Πρόκειται για τό χολοκυστικό plastron, πού εξέλισσεται, είτε προς βραδεία και άνώμαλη άπορρόφηση και τελικά ίαση, είτε προς διαπύηση (άποστηματοποίηση) πού έκφράζεται κλινικώς μέ πόνο σφύζοντα, πυρετό άνερχόμενο, προσβολή της γενικής κατάστασης, αύξανόμενη λευκοκυττάρωση, και τοπικά μέ κλειδασμό.

Η διάγνωση πρέπει νά τεθεϊ ταχύτατα γιατί plastron πού υποτροπιάζει, παρά τή συντηρητική θεραπεία, και άποστηματοποιείται, πρέπει νά παροχετευεται χειρουργικώς. Τά άποστήματα αυτά όταν αφίνονται στην τύχη τους διανοίγονται στην περιτοναϊκή κοιλότητα ή σέ γειτονικά σπλάγχνα και πιο σπάνια στό δέρμα.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ

Συμπτωματικές.

1. Υπεροξεία μορφή. Πρόκειται συχνά για γαγγραινώδη χολοκυστίτιδα πού χαρακτηρίζεται από τή σφοδρότητα της ένάρξεως, τήν ταχεία προσβολή της γενικής κατάστασης. Η όψη του άρρώστου είναι γαιώδης, ή γλώσσα ξηρή, παρατηρείται όλιγουρία, διάρροιες, ο σφυγμός είναι ταχύς και μικρός. Από τή φυσική εξέταση τά εύρήματα είναι φτωχά.

2. Αποφρακτική μορφή. Η κλινική εικόνα της μοιάζει μέ τήν όξεία έντερική άπόφραξη, αλλά στή λιθίαση ύπάρχει πυρετός, γεγονός πού προτρέπει στην άναζήτηση σημειολογίας χολοκυστίτιδας, ακόμα και ήπιας, όπως και σκοληκοειδίτιδας.

3. Ικτερική μορφή. Η εμφάνιση ίκτέρου διευκολύνει τή διάγνωση, πού όμως άποτελεϊ επιβαρυντικό παράγοντα

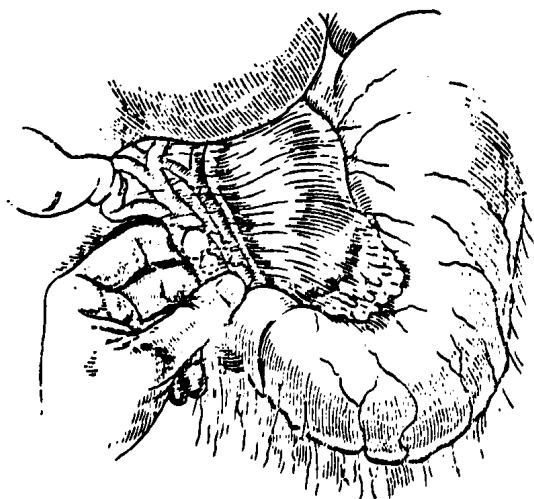


στήν πρόγνωση, αφού μπορεί νά θεωρηθεῖ σά δεδομένη ἢ συνύπαρξη λιθίασης τοῦ χοληδόχου πόρου.

Ἐπί ἀιτιολογική ἀποψη ἡ λιθίαση τῆς κύστης εἶναι ἡ πιά συχνη αἰτία ὀξείας χολοκυστίτιδας. Σπάνια εἶναι ἡ τυφική χολοκυστίτιδα, ἡ μεταγριπτική, καί ἡ στή διαδρομή σπυραιμίας.

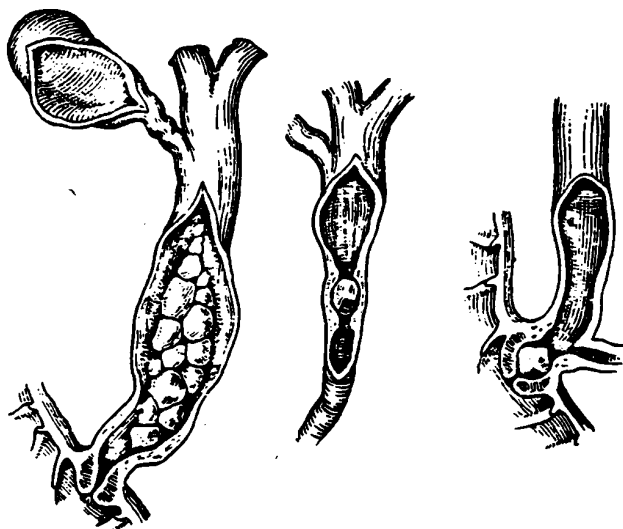
ΛΙΘΙΑΣΗ ΤΟΥ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΠΟΡΟΥ

Ἡ παρουσία λίθου στήν κύρια χοληφόρο ὁδὸ εἶναι συχνὸ ἐξελικτικὸ ἐνδεχόμενον τῆς λιθίασης τῆς χοληδόχου κύστης, δυναμικά ἀρκετά σοβαρὸ ὅταν ἐπὶ μακρὸ χρονικὸ διάστημα ἀγνοεῖται. Γεγονὸς εἶναι ὅτι πολλοὶ λίθοι τοῦ χοληδόχου πόρου εἶναι κλινικῶς σιωπηλοί. Τοῦτο ἐπισημαίνει τὴν ἀναγκαιότητα τῆς ἐρευνας τοῦ χοληδόχου πόρου τόσο πρὶν ὅσο καί στή διάρκεια τῆς χειρουργικῆς ἐπέμβασης. Ἡ διεγχειρητική χολαγγειογραφία πολλές φορές δέν εἶναι ἐπαρκής, γι'αὐτὸ καί πρέπει νά συνοδεύεται μέ τὴ μέτρηση τῶν ἐνδοαυλικῶν πιέσεων. Πρόκειται γιὰ τὴ μέθοδο τῆς ἀκτινομανομετρίας, πού εἶναι οὐσιώδης ἐξέταση, καί δέν πρέπει νά παραλείπεται. (Σχ. 69) 70)



Σχ. 69. Λιθίαση Χοληδόχου Πόρου





Σχ. 7ο Λιθίαση Χοληδόχου Πόρου

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ. Αύτη χαρακτηρίζεται από πόνο, πυρετό, ίκτερο, κλινικά στοιχεία πού ποικίλουν σέ ένταση. Ή σημειολογική αυτή τριάδα έκδηλώνεται μέ τή σειρά πού αναφέρθηκαν, δηλαδή χρονολογικά έκδηλώνεται πόνος, άμέσως μετά ή πολύ γρήγορα πυρετός και τελευταίος, στίς επόμενες τρείς ήμέρες, έμφανίζεται ό ίκτερος. Ή χρονολογική έμφάνιση τών σημείων αυτών είναι χαρακτηριστική. Έτσι:

1. Ό πόνος αποτελεί ένα από τά βασικά κλινικά στοιχεία. Πολύ συχνά έντοπίζεται στό δεξιό ύποχόνδριο, άκτινοβολεί στην ώμοπλάτη και στή ράχη δεξιά, δυσκολεύοντας τήν άναπνοή. Οι άτυποι πόνοι έχουν τήν ίδια κλινική άξία, μέ τήν προϋπόθεση ότι προηγούνται βραχύ χρονικό διάστημα του ίκτερου.
2. Ό πυρετός έκδηλώνεται άμέσως μετά τόν πόνο. Όλες οι μορφές πυρετού μπορεί νά άπαντηθούν, άπό θερμοκρασία μέχρι 38° C μέ μικρές έξάρσεις, μέχρι ρίγος και θερμοκρασία 40° C. Κατά κανόνα ό πυρετός πέφτει γρήγορα.
3. Ό ίκτερος έγκαθίσταται στίς επόμενες τρείς ήμέρες. Είναι άποφρακτικού τύπου, περισσότερο ή λιγότερο έντονος, μέ ούρα βαθυχρωματικά, κενώσεις άποχρωματισμένες, βραδυκαρδία και



κνησμό.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ.

1. Τό ήπαρ βρίσκεται αύξημένο σέ μέγεθος, πού ξεπερνάει 1 ως 2 ἐγκάρσιους δακτύλους τό πλευρικό τόξο. Ἡ ἥπατομεγαλία αὐτή ἀναπτύσσεται ἀπότομα, ἐνῶ ἐγκαθίσταται ὁ ἱκτερος. Πρόκειται γιά ὀξεΐα διάταση τοῦ ἥπατος, πού ἀποτελεῖ τέταρτο χαρακτηριστικό σύμπτωμα τῆς λιθίασης τοῦ χοληδόχου πόρου.
2. Ἡ χοληδόχος κύστη δέν εἶναι ψηλαφητή, ἐκτός ἀπό τήν περίπτωση ἐνσπληνώσεως λίθου στόν κυστικό πόρο, ὁπότε διατείνεται (σημεῖο τοῦ Courvoisier: ὕδρωπας τῆς χοληδόχου κύστης).
3. Ἡ παγκρεατοδωδεκαδακτυλική περιοχή εἶναι ἐπώδυνη στήν ψηλάφηση.
4. Ἡ ὑπόλοιπη κοιλιά εἶναι φυσιολογική. Δέν παρατηρεῖται οὔτε ἀσκίτης, οὔτε σπληνομεγαλία.

Ἡ διαδοχή: πόνος, πυρετός, ἱκτερος μέ αύξηση τοῦ μεγέθους τοῦ ἥπατος εἶναι ἀποκαλυπτική τῆς λιθίασης τοῦ χοληδόχου πόρου καί ἐπιβάλλει τή διερεύνηση ἀπό τό ἱστορικό τυχόν ἐπεισοδίων στό παρελθόν ὀφειλομένων στή λιθίαση, ἀλλά καί τή διενέργεια συμπληρωματικῶν ἐξετάσεων.

Γεγονός σημαντικό παραμένει ἡ διαπίστωση διακυμάνσεων τῆς έντασης τοῦ ἱκτέρου ἀπό τή μιά μέρα στήν ἄλλη, πού ἐπιβεβαιώνεται μέ ἀνάλογα ἐργαστηριακά εὐρήματα.

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

1. Βιολογικές ἐξετάσεις. Αὐτές δίνουν: Εὐρήματα ἱκτέρου: Αὕξηση χολερυθρίνης στό αἷμα, στοιχεῖα χολῆς στά οὖρα, αύξηση τῶν ἀλκαλικῶν φωσφατασῶν, τῆς ὀλικῆς χοληστερίνης, κατακράτηση βρωμοσουφλονοφθαλεΐνης καί ἀπουσίας βλάβης ἥπατικῶν κυττάρων.
2. Ἀκτινολογικές ἐξετάσεις. Ἡ ἀπλή ἀκτινογραφία τῆς κοιλιάς χωρίς προπαρασκευή μπορεῖ νά δείξει μερικές φορές λίθους στή χοληδόχο κύστη, σπάνια ὁμως στό χοληδόχο πόρο. Ἡ ἐνδοφλέβια χολοαγγειογραφία, ἀχρηστη σέ ἱκτερική φάση, πολύ χρήσιμη στήν ἀποδρομή του, δείχνει τό χοληδόχο πόρο πολύ ἢ λίγο διατεταμένο, τόν ἢ τοὺς λίθους καί τήν ἐντόπισή τους, τή βατότητα τοῦ σφιγκτήρα τοῦ Oddi. Ἄτυχῶς ὄχι σπάνια εἶναι ἀρνητικές γιά παθολογικά εὐρήματα



παρόλο πού υπάρχουν. Οί τομογραφίες, ό συνδυασμός δηλαδή αύτης μέ λήψη τομογραφιών σέ όρισμένες δύσκολες περιπτώσεις μπορεί νά προσφέρει σημαντική βοήθεια.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ

Δίπλα στίς τυπικές μορφές υπάρχουν πολλαπλές κλινικές εικόνες λιθίασης του χοληδόχου πόρου, πού τό ενδιαφέρον γι' αυτές δικαιολογείται από τή μεγάλη συχνότητά τους.

Σ υ μ π τ ω μ α τ ι κ έ ς μ ο ρ φ έ ς .

Σχηματικά σ' αυτές πρέπει νά διακριθούν οι μορφές μέ ίκτερο καί έκεινες όπου λείπει τό σύμπτωμα αυτό (άνικτε- ρικές).

1. Οί ίκτερικές μορφές διακρίνονται, ανάλογα μέ τούς χαρα- κτήρες του ίκτέρου, σέ ίκτερικές από τήν άρχή, όπου ό ίκτε- ρος δέν υποχωρεί καί θέτει σοβαρά προβλήματα διαγνωστικά καί διαφορικής διάγνωσης μέ τόν καρκίνο του παγκρέατος, καί σέ άμιγεῖς ίκτερικές, όπου ή ίκτερική χροιά είναι τό μόνο κλινικό σημεῖο, όποτε ή διαφορική διάγνωση είναι δύ- σκολη από τήν ίογενή ήπατίτιδα. Έδω τό ενδιαφέρον τών βιολογικών έξετάσεων είναι σημαντικό, παρά τό γεγονός ότι άποφρακτικός ίκτερος, έξελισσόμενος επί μακρό χρονικό διά- στημα, προκαλεί διαταραχές του τύπου ήπατίτιδας όπως καί τό αντίθετο.

2. Οί άνικτερικές μορφές. Ή διάγνωση είναι δύσκολη άφοῦ λείπει τό κύριο σύμπτωμα. Ή έξέλιξη συνεπάγεται τούς ί- διους κινδύνους έπιπλοκῶν. Πρόκειται γιά άμιγεῖς μορφές έ π ώ δ υ ν ε ς, μορφές μέ π υ ρ ε τ ό καί τέλος μορφές μέ έκδηλώσεις από τό π ε ρ ι τ ό ν α ι ο ή άποφρακτικές. Οί παραπάνω μορφές είναι αυτές πού διερευνῶνται πολύ καλά μέ τήν ένδοφλέβια χολαγγειογραφία, πού μπορεί νά έκτελεσθεῖ πάντοτε άφοῦ δέν υπάρχει ίκτερος.

Σέ ιδιαίτερα διαγνωστικές δυσκολίες είναι χρήσιμες είδικές έξετάσεις όπως ή λαπαροσκόπηση καί ή παρακέντηση- βιοψία.

3. Οί υποκλινικές μορφές πού άποκαλύπτονται μέ τήν ραδιο- ακτινομανομετρία τέλος διαγιγνώσκονται στή διάρκεια τής έγ- χείρησης.

Τ ο π ο γ ρ α φ ι κ έ ς μ ο ρ φ έ ς .

1. Λιθίαση του χοληδόχου πόρου . Όφειλόμενη στή μετανάστευ- ση του λίθου από τή χοληδόχο κύστη καθώς καί ή άσυνήθιστη



μορφή όπου, σφηνωμένος στον κυστικό πόρο μεγάλος λίθος, πιέζει τό χοληδόχο πόρο (σύνδρομο του Mirizzi).

2. Πρωτοπαθής λιθίαση χοληδόχου πόρου. Είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι στην περίπτωση αυτή δεν υφίσταται παραλληλισμός μεταξύ της έντασης του έκτερου, πού μπορεί ένδεχομενά να λείπει, και του αριθμού των χολολίθων, πού σχηματίζονται έντός του αύλου του πόρου.

3. Ένδοηπατική λιθίαση πού συνοδεύεται μέ λιθίαση των έξωηπατικών χοληφόρων ή πού μπορεί νά όφείλεται άκόμα σέ συγγενή άνωμαλία.

Έξελικτικές μορφές.

Άν και ό έκτερος παρέρχεται συχνά, όμως οί λίθοι παραμένουν.

1. Μερικές φορές ή εξέλιξη είναι σιωπηλή. Η ήπατική βλάβη εξέλισσεται άρχικά σέ έκφυλιστική ήπατίτιδα και στή συνέχεια σέ χολοστατική κίρρωση. Η παγκρεατική βλάβη εξέλισσεται σέ σύνδρομο χρόνιας παγκρεατίτιδας.

2. Μερικές φορές ή εξέλιξη είναι σφοδρή: Όξεία χολοαγγειίτιδα, είτε κοινή, πού χαρακτηρίζεται από θερμοκρασία μέχρι 40° C, και έντονο ρίγος, είτε κακοήθης μέ αύξηση της ούρίας, και διαταραχές ύδροηλεκτρολυτικές, και πού είναι γρήγορα θανατηφόρος σέ άπουσία θεραπείας. Πυώδης χολοκυστίτιδα και σπάνια τέλος ρήξη του χοληδόχου πόρου.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ ΟΔΩΝ

Τά χαρακτηριστικά του καρκίνου αυτού συνοψίζονται στή σχετική σπανιότητα τέτοιας έντόπισης και στίς διαγνωστικές δυσκολίες, πού συχνά είναι άνυπέρβλητες, γι' αυτό κι ή διάγνωση τίθεται κατά τήν έγχείρηση. Είναι πιο συχνός σέ γυναίκες μεταξύ 50 και 70 χρόνων.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ

Λειτουργικά σημεΐα.

1. Ό πόνος. Άσταθής, ό πόνος διαπιστώνεται έντούτοις σέ μεγάλο σχετικά άριθμό περιπτώσεων, και είναι τό σημεΐο πού όδηγεΐ τόν άρρωστο σέ ίατρική εξέταση. Μπορεί νά ύποδύεται όλους τούς κλασσικούς τύπους πού έχουν περιγραφεί, από τήν τάση κάτω από τό δεξιό ύποχόνδριο μέχρι τίς μεγάλες κρίσεις ήπατικού κωλικού.



2. Ὁ κ ν η σ μ ό ς εἶναι σχεδόν πάντοτε παρόν αλλά, σέ ποικίλοντα βαθμό, ἀπό τόν ἀπλό ἐρεθισμό μέχρι τόν έντονο κνησμό, μέ αἰπνία καί βλάβες ἀπό τόν κνησμό τοῦ δέρματος (δρυράδες).

Γ ε ν ι κ á σ η μ ε ῖ α. Ὁ ἐπιπρεασμός τῆς γενικῆς κατάστασης διαπιστώνεται κι ἐδῶ ὅπως καί σέ κάθε κοινήτη πάθηση: Ἄνορεξία, πού ἀφορᾷ σέ ὄλες τίς τροφές, ἀσθενικότητα, καί ἀδυνατίσμα ἀποτελοῦν τίς συνηθισμένες ἐκδηλώσεις. Πυρέτιο εἶναι συχνό, σπάνια ὅμως διαπιστώνεται πυρετός ὑψηλός τύπου χολαγγειίτιδας.

Φ υ σ ι κ á σ η μ ε ῖ α. Αὐτά κυριαρχοῦνται ἀπό τόν ἔκτερο.

α. Ἰ κ τ ε ρ ο ς. Ἡ παρουσία του εἶναι σταθερή. Κλασσικῶς ἐμφανίζεται πρῖν ἀπό τόν πόνο. Ἡ ἐναρξή του εἶναι ἄλλοτε αἰφνίδια χωρίς πρόδρομα σημεῖα, ἄλλοτε σιωπηλή καί προοδευτική. Εἶναι πάντοτε έντονος, ἀμιγής, πρασινοκίτρινης χροιάς, χωρίς διακυμάνσεις, παρόλο πού παροδικές ὑφέσεις, φευγαλέες, μπορεῖ νά παρατηρηθοῦν.

β. Στήν ψηλάφηση τῆς κοιλιάς, βρίσκεται ἡ πατομεγαλία, σκληρῆς σχετικᾶ σύστασης, ὁμαλή ἐκφάνση δέν ὑπάρχουν ἥπατικές μεταστάσεις. Ἡ χοληδόχος κύστη πολύ συχνά δέν ψηλαφᾶται. Τέλος ἀναπτύσσεται ἀσκίτις, πού εἶναι μικρός σέ ένταση καί δύσκολα γι' αὐτό μέ κλινικά μέσα ἀποκαλύψιμος.

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Ἀ κ τ ι ν ο λ ο γ ι κ έ ς: Μόνο ἡ χολαγγειογραφία μπορεῖ νά δείξει τή βλάβη τῶν χοληφόρων ὁδῶν, ἀλλά πού ὁ ἔκτερος δέν ἐπιτρέπει τήν ἐκτέλεσή της. Στήν περίπτωση αὐτή ἐκτελεῖται διηπατική χολαγγειογραφία, δηλαδή παρακινεῖται διαδερμικῶς τό ἥπαρ μέ εἰδική βελόνα καί γίνεται ἐγχυση τοῦ σκιαγραφικοῦ διαλύματος σέ διατεταμένο ἐνδοηπατικό χοληφόρο ἀγγεῖο.

Β ι ο λ ο γ ι κ έ ς: Τά στοιχεῖα πού προκύπτουν ἀπό τίς ἐξετάσεις αὐτές εἶναι τά κλασσικά τοῦ ἀποκρακτικοῦ ἔκτερου.

Ἡ λαπαροσκόπηση, ἀποτελεῖ ἀξιόλογη προεγχειρητική ἐξέταση, ἐνῶ διεγχειρητικές ἐξετάσεις ὅπως ἡ ἀκτινομανομετρία ἐπιβεβαιώνουν κατά κανόνα τή διάγνωση τῆς κοινήθειας τῆς βλάβης.

Τέλος ἡ λήψη τεμαχίου καί ἡ ταχεία βιοψία ὄχι μόνο ἐπιβεβαιώνει ἀλλά καί καθορίζει τόν τύπο τοῦ νεοπλασματος.

ΕΞΕΛΙΞΗ. Σέ ἀπουσία θεραπείας ὁ ἔκτερος γίνεται πιό βαθύς, ὁ κνησμός ἀνυπόφορος, ἡ γενική κατάσταση ἐπιβαρύνεται καί καχεξία προηγεῖται γιά βραχύ τοῦ θανάτου. Ἡ χειρουργική ἐπέμβαση δέν μπορεῖ νά ἀποβλέπει σέ θεραπεία, ἀλλά στή μείωση καί ἐξακάνιση τοῦ ἔκτερου καί τοῦ κνημοῦ. Ἐτσι ἐπιτυγχάνεται τουλάχιστον ἡ ἀπαλλαγή τοῦ ἀρρώστου καί μόνο ἀπό τά ἐνοχλήματα τοῦ ἔκτερου καί τῶν χολαγγειοσπῶν κρίσεων.



ΟΓΚΟΙ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ

Παρατηρούνται μερικοί καλοήθεις όγκοι της χοληδόχου κύστης αλλά είναι σπάνιοι, ενώ αντίθετα οι κακοήθεις όγκοι είναι πιά συχνόι. 'Απ' αυτούς ο καρκίνος της χοληδόχου κύστης είναι πιά συχνός στις γυναίκες και παρατηρείται σχεδόν πάντοτε σέ προηγούμενη χολολιθίαση.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Γιά μακρύ χρονικό διάστημα, ή σημειολογία του καρκίνου έπικαλύπτεται από έκείνη της λιθίασης. Έτσι στή διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης γιά λιθιασική χολοκυστίτιδα μπορεί νά αποκαλυφθεί ο καρκίνος της κύστης. Η σημειολογία του όφείλεται στήν επέκταση του καρκίνου στά γειτονικά όργανα, όπως στήν κυρία χοληφόρο όδό τήν όποια αποφράσσει και προκαλεί τότε αποφρακτικό ήκτερο, στήν πυλαία φλέβα πού ή πίεσή της προκαλεί άσκιτη. Οι γενικές έπιπτώσεις του καρκίνου αυτού, πού έχει βραδεία εξέλιξη, είναι διψιμες και δέν έμφανίζονται παρά ύστερα από διαταραχές, πού όφείλονται στήν επέκτασή του.

Σ υ μ π λ η ρ ω μ α τ ι κ έ ς έ ξ ε τ ά σ ε ι ς. Καμιά άπ' αυτές δέν έχει σαφή άξία γιά τή διάγνωση του καρκίνου της χοληδόχου κύστης. Οι άκτινολογικές έξετάσεις δείχνουν τή λιθίαση στήν άρχή, τουλάχιστον της εξέλιξης του καρκίνου, ενώ άργότερα, ή παρουσία του ήκτέρου δέν έπιτρέπει τή σκιαγράφιση της χοληδόχου κύστης. Οι λοιπές έργαστηριακές έξετάσεις προσφέρουν έμμεσες πληροφορίες γιά τή φύση του ήκτέρου.

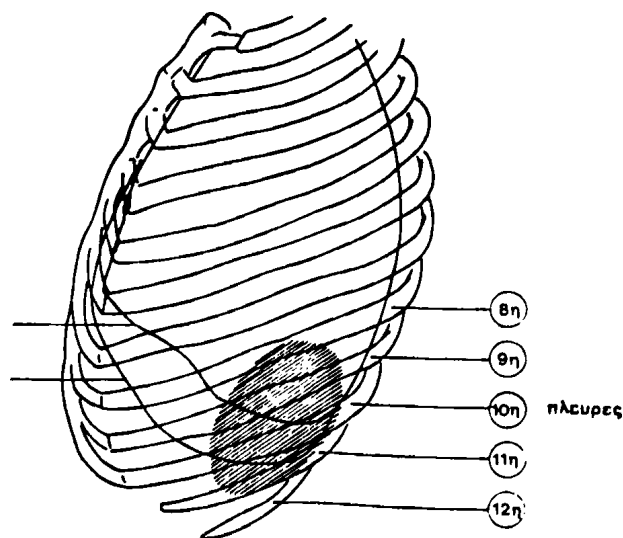
Έτσι ή διάγνωση του καρκίνου της χοληδόχου κύστης είναι έξαιρετικά δύσκολη. Συχνότερα αυτή τίθεται κατά τή διάρκεια χειρουργικής επέμβασης γιά λιθίαση, μέ τήν ταχεία βιοψία και τήν ιστολογική έξετάση.



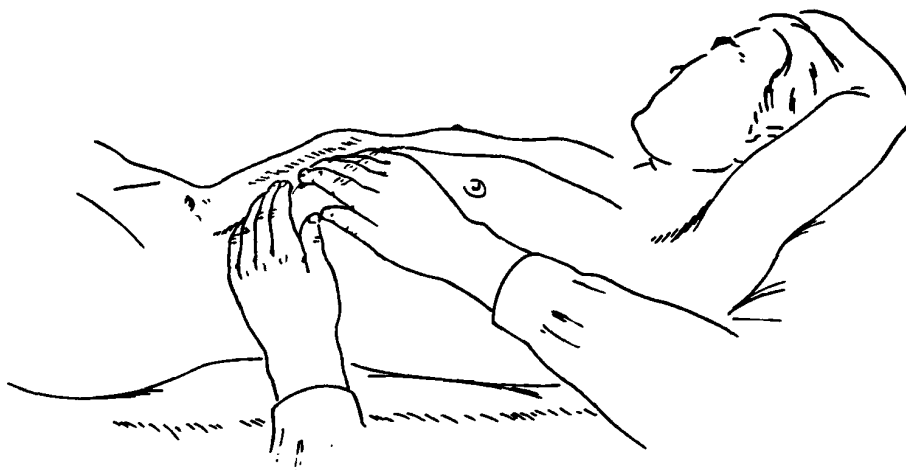
ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΠΛΗΝΑ

Γενικές ανατομοφυσιολογικές υπομνήσεις.

Ὁ σπλήνας, πού τό βάρος του ἀνέρχεται σέ 200 περίπου gr: ἀγγειώνεται μόνο ἀπό τή σπληνική ἀρτηρία, γεγονός πού ἐρμηνεύει, σέ ἀπολίπωση τοῦ στελέχους ἢ τῶν κλάδων της, πού προορίζονται γι'αυτόν, τήν πρόκληση ἐμφράκτου ὁλόκληρου ἢ τμήματος τοῦ σπλήνα δηλαδή ὁλοκληρωτική ἢ μερική νέκρωση. Τό γεγονός αὐτό προστιθέμενο στήν ἐξαιρετική εὐθριπτότητα τοῦ ἀδένα, ἐρμηνεύει τήν ἀναγκαιότητα τῆς σπληνεκτομῆς σέ κάθε τραυματική βλάβη του, ἀφοῦ κάθε εἶδους συρραφή εἶναι σχεδόν χωρίς ἀποτέλεσμα. Τοποθετημένος στήν ἄνω κοιλιά, βρίσκεται στό βάθος, πίσω καί ἄνω, κάτω ἀπό τό ἀριστερό ἡμιδιάφραγμα καί ἀπέναντι ἀπό τή μεσότητα τῆς 9ης, 10ης, 11ης ἀριστερῆς πλευρᾶς. (εἰς ?!) Ἔτσι τό ἐνδοκοιλιακό αὐτό ὄργανο ἔχει προβολή βασικοθωρακική.



Σχ. 71. Βασικοθωρακική προβολή τοῦ σπλήνα .



Σχ. 72. ψηλάφηση του σπλήνα .

Ὁ σπλήνας ἔχει στενές σχέσεις μέ τό ἀριστερό ἡμιδιάφραγμα, τό στόμαχο, τήν οὐρά τοῦ παγκρέατος, πού βρίσκεται πιό κοντά σ'αυτόν ὅσο ὁ ἀγγειακός μίσχος τοῦ σπλήνα εἶναι βραχύς, τόν ἀριστερό νεφρό καί τήν ἀριστερή κολική καμπή. Ἡ ἀποχέτευση τοῦ φλεβικοῦ αἵματος γίνεται ἀποκλειστικά πρὸς τήν πυλαία φλέβα, μέ τήν παρεμβολή τῆς σπληνικῆς φλέβας, πού ἀναστομώνεται μέ τήν ἄνω μεσεντέρια, καί σχηματίζουν ἔτσι, μαζί μέ τή στεφανιαία τοῦ στομάχου, τήν πυλαία φλέβα, γεγονός πού ἐρμηνεύει τόν ἄμεσο ἀντίκτυπο στό σπλήνα τῆς πυλαίας ὑπερτάσεως. Φυσιολογικά ὁ σπλήνας παρεμβαίνει στήν ἰσορροπία τῆς κυκλοφορίας μέ τήν ἰδιότητα τῆς αἵματαποθήκης. Ἡ συστολή τοῦ σπλήνα ὑπό τήν ἐπίδραση βιολογικῶν παραγόντων (αἱμορραγία) ἢ φαρμακοδυναμικῶν (ἐνεση ἀδρεναλίνης) ἐπιτρέπει τήν προσφορά στό κυκλοφοριακό σύστημα τοῦ περιεχομένου αἵματος σ'αυτόν. Ἀποτελεῖ αἱμοποιητικό ὄργανο ὅπου παράγονται λευκοκύτταρα, ἐνῶ σ'αυτόν καταστρέφονται φυσιολογικά, μετά ἀπό ποικίλη διάρκεια ζωῆς, ἐρυθρά αἰμοσφαίρια κι αἱμοπετάλια. Ἀνεξάρτητα ἀπό τήν αἱμοποιητική του ἱκανότητα ἢ ἀπό τήν ταχύτητα καταστροφῆς φυσιολογικῶν στοιχείων τοῦ αἵματος, δυσλειτουργία τοῦ σπλήνα μπορεῖ νά προκαλέσει ποσοτική μείωση τῶν στοιχείων αὐτῶν τοῦ αἵματος καί κατά συνέπεια ἀναιμία, λευκοπενία, θρομ-

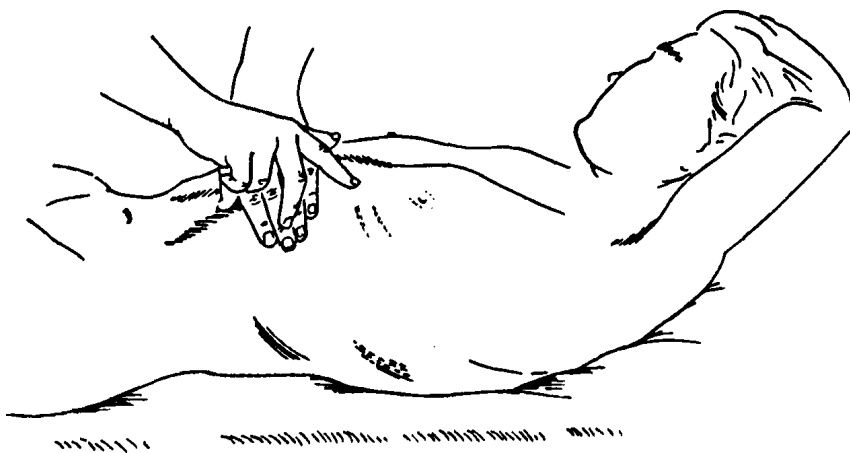


βοπενία , πανκυττοπενία. Αύτή ή δραστηριότητα του σπλήνα πού είναι πλέον παθολογική όνομάζεται υπερσπληνισμός.

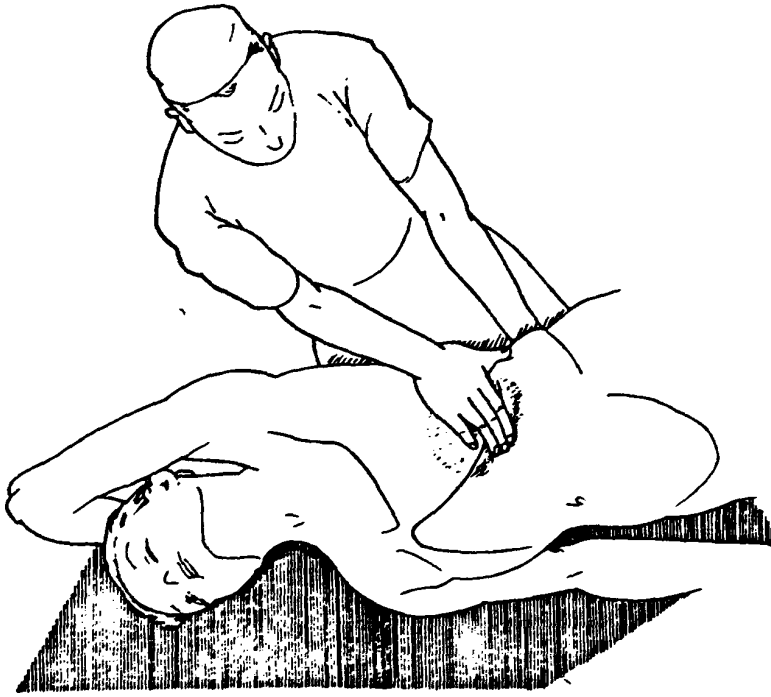
ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ

1. Σέ φ υ σ ι ο λ ο γ ι κ ή κατάσταση ό σπλήνας δέν είναι ψηλαφητός. Ό έξεταζόμενος βρίσκειται ήπτια ξαπλωμένος καί έλαφρά στριμένος προς τά δεξιά, ό άριστερός βραχίονας κάτω από τό κεφάλι του καί ό έξετάζων, τοποθετημένος άριστερά του θώρακά του, θέτει τά χέρια του στό υποχόνδριο καί στό άριστερό πλευρικό τόξο μέ τά δάκτυλα σέ μικρή κάμψη προς τίς πλευρές καί ψηλαφεί έλαφρά χωρίς νά αισθάνεται μάζα άκόμα κι όταν ό έξεταζόμενος άναπνέει βαθιά. (Σχ. 72, 73)

Ό σπλήνας, όλόκληρος ή κατά τό μεγαλύτερο μέρος του, όχι όμως πάντοτε εύκολα, είναι έπικρούσιμος. Ό σπληνική άμβλύτητα άναζητείται σέ άρρωστο πού βρίσκειται στην ίδια θέση όπως περιγράφηκε. Ό άμβλύτητα καταλαμβάνει μιά περιοχή μεταξύ 9ης καί 11ης άριστερης πλευράς στην όπίσθια μασχαλιαία γραμμή. (Σχ. 74).



Σχ. 73. Έπικρουση του σπλήνα .



Σχ. 74. Αναζήτηση σπληνομεγαλίας .

Ο σπλήνας μπορεί να εξετασθεί επίσης με την απλή ακτινογραφία της θωρακοκοιλιακής περιοχής, όπου εμφανίζεται σαν υποστρογγύλη σκιά, μερικές φορές ορατή προς τα έξω της γαστρικής "φωτεινότητας" και πάνω από την "φωτεινότητα" της άριστερης κοιλιακής καμπής. Η σκιαγράφηση του είναι καλύτερη σε λήψη ακτινογραφίας με πνευμοπεριτόναιο. Η αορτογραφία ή η έκλεκτική αρτηριογραφία της κοιλιακής αρτηρίας δείχνει τη διανομή των κλάδων της σπληνικής μέσα στο σπλήνα.

Η παρακέντηση του σπλήνα, που πρέπει να γίνεται σε χειρουργικό περιβάλλον, εξαιτίας των κινδύνων ρήξεως αυτού, με βελόνη μικρής ή μέσης διαμέτρου, επιτρέπει να ληφθεί δείγμα από το παρέγχυμά του και να εξετασθεί ιστολογικά. Με μία πιο χονδρή βελόνα μπορεί να καθορισθεί η ένδοσπληνική πίεση, που φυσιολογικά είναι κάτω από 15 cm. στήλης H₂O και με την έγχυση σκιαστικού διαλύματος ιωδιούχου, να εκτελεσθεί σπληνοπυλαιογραφία, που το ενδιαφέρον της είναι πολύ μεγάλο στη μελέτη της πυλαίας υπέρτασης.

2. Σε χρόνια παθολογική κατάσταση πιο συνηθισμένα είναι αύξημένο το μέγεθος του σπλήνα (σπληνομεγαλία). Η υπερτοφία του καθορίζει την εμφάνιση κλινικών σημείων



όπως: βάρους, άλγος, σπασμοί στο άριστερό υποχόνδριο, παραξυσμοί βήχα, χωρίς να αναφερθούν τά λειτουργικά και γενικά συμπτώματα, πού σχετίζονται άμεσα με την αιτιολογική πάθηση. Η σπληνομεγαλία καθορίζει κυρίως την έγκατάσταση εύρημάτων (φυσικών σημείων) πού διαπιστώνονται με τή φυσική εξέταση:

Έπικρούσιμος σε μία πιο μεγάλη έκταση από ό,τι φυσιολογικά, μπορεί να καθορίσει προβολή όρατή στο άριστερό υποχόνδριο και τό άριστερό πλάγιο του μεσογαστρίου.

Εύκολα επίσης είναι ψηλαφησίμος: τό πρόσθιο χείλος του, στην αρχή του προσπελάσιμο μόνο με τά δάκτυλα πού ψηλαφοϋν κάτω από τό πλευρικό τόξο, φθάνει στο υποχόνδριο και έτσι στη συνέχεια στο έπιγάστριο, στην όμφαλική περιοχή ή και στην πλάγια κοιλιακή χώρα. Αναγνωρίζεται εύκολα με τίς βαθιές σχισμές του, 2 ως 4, πού του δίνουν μια ύψη "όδοντωτή".

Στήν άκρόαση μερικές φορές είναι δυνατόν να άκουσθεϊ ήπιο φύσημα πού λέγεται σπληνικό.

Οι άκτινολογικές έξετάσεις, άπλές ή με προπαρασκευή, άναδεικνύουν την υπερτροφία του σπλήνα πού μπορεί έτσι να άπωθεϊ γειτονικά όργανα.

ΕΙΔΙΚΗ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΣΠΛΗΝΑ

1. ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΡΗΞΗ ΤΟΥ ΣΠΛΗΝΑ

Η τραυματική ρήξη του σπλήνα είναι αρκετά συχνή. Είναι βλάβη βαριά πού καλύπτει μέρος της έπείγουσας χειρουργικής του, πού είναι ή σπληνεκτομή. Η διάγνωσή της είναι σχεδόν εύκολη στη συνηθισμένη μορφή, αντίθετα όμως και αρκετά συχνά δύσκολη και άπατηλή. Όφείλει να θεωρείται πιθανή σε κάθε θλάση της κοιλιάς.

Η τραυματική αιτιολογία της ρήξεως είναι πολυποίκιλη. Η δράση της βίας μπορεί να είναι άμεση, όποτε ο σπλήνας διασχίζεται πολύ συχνά από κάταγμα των κατώτερων πλευρών άριστερά, αλλά και έμμεση, όποτε ή σπληνική βλάβη προκαλείται από αντίκτυπο. Έτσι μπορεί οι σπληνικές βλάβες να άποτελοϋν άπλό υποκάψιο αιμάτωμα, έκτεταμένη ρήξη του παρεγχύματος, άστεροειδείς ρωγμώδεις ρήξεις, πλήρη διάλυση του παρεγχύματος με τμήματα αύτου έλεύθερα μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα κ.ο.κ.

Οι συνέπειες των βλαβών είναι προφανώς ή αίμορραγία,



πού και αυτή ποικίλει ανάλογα μ'αυτές. Έτσι στην περιτοναϊκή κοιλότητα μπορεί να υπάρχουν μερικά ml αίματος μέχρι 2 ως 3 l.

Η εξέλιξη είναι σφοδρή ή σε δύο χρόνους: Τό υποκάψιο αιμάτωμα ή περισπληνική αιματοκήλη μεγαλώνει σε διάστημα μερικῶν ὡρῶν ή μερικῶν ἡμερῶν και καμιά φορά μερικῶν εβδομάδων και ρήγνυται αίφνιδια μέσα στη περιτοναϊκή κοιλότητα.

Η κλινική εικόνα δέν οφείλεται υποχρεωτικά και μόνο στις σπληνικές βλάβες, γιατί αυτές εύκολα μπορεί να συνυπάρχουν μέ τοῦ ἀριστεροῦ νεφροῦ, ἄλλων θωρακικῶν ή κοιλιακῶν ὀργάνων, ὅπως ἀκόμα τοῦ κρανίου, τῆς σπονδυλικῆς στήλης, τῶν ἄκρων κ.λ.π.

ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΡΗΞΕΩΣ ΤΟΥ ΣΠΛΗΝΑ

Η τυπική κλινική σημειολογία χαρακτηρίζεται ἀπό τήν ὀξεΐα και ἀφθονη αιμορραγία σε άτομο πού υπέστη θλάση ή σύνθλιψη τῆς κοιλιᾶς. Κατά τήν προσκομιδή του ὀ τραυματίας εἶναι ἀνήσυχος ή ἐνδεχόμενα ἀπαθής και βρίσκειται γενικά σε κατάσταση ποικίλης ἐντάσεως choc, δηλαδή ἐμφανίζει ὀ χρότητα, μέ ταχυκαρδία και ὀ πόντωση, κι ἔχει ψυχρά ἄκρα, ταχεία και ἐπιπόλαια ἀναπνοή.

Στή λήψη τοῦ ιστορικοῦ προσδιορίζεται ή χρονική στιγμή τοῦ ἀτυχήματος και οἱ συνθήκες αὐτοῦ. Ἐπίσης διερευνᾶται ή φύση τοῦ τραυματισμοῦ, ὀ τύπος τῆς θλάσεως, ἀμεση ή ἔμμεση, ή ἐνταση τῆς βίας καθώς και ή ἐπισήμανση τοῦ σημείου ὀπου ἔδρασε αὐτή. Ἐπίσης ἀναζητοῦνται σημεῖα πού δυνητικά ἐκδηλώνονται ἀμέσως μετά τόν τραυματισμό, ὅπως π.χ. εἶναι ή συγκοπτική κρίση ή γενική ἀδιαθεσία, ἀλλά και σημεῖα πού ἔχουν ἀξία ὀταν ἐπισυμβαίνουν μετά ἀπό μεσοδιάστημα ήρεμίας ὅπως ἔμετοί, ἀποβολή οὔρων αιματηρῶν ή ὀχι.

Η φυσική ἐξέταση προσδιορίζει τήν κατάσταση τῆς κοιλιᾶς, τήν κινητικότητα και τό μέγεθος της και κατά κύριο λόγο τή μαλακότητα ή ὀχι τῶν τοιχωμάτων της. Ἀναζητοῦνται ἐπίσης πιθανές θωρακικές βλάβες, ὅπως κατάγματα πλευρῶν, αἰμοθώρακας, σφύξεις στην ὀσφυϊκή χώρα ἀπό περινεφρικό αἰμάτωμα, ἄλλες σκελετικές ή ἐγκεφαλικές κακώσεις. Στό στάδιο αὐτό πρακτικά δέν εἶναι δυνατή ἀκόμα μέ βεβαιότητα ή διάγνωση. Ἀντίθετα πρέ-



πει νά εφαρμοσθεῖ συμπτωματική θεραπεία κατά τοῦ εἶναι, γι' αὐτό ἐκτός ἀπό τόν προσδιορισμό τῆς ομάδας αἵματος, γίνονται μερικές συμπληρωματικές ἀπλές ἐξετάσεις, πού ἀφοροῦν στήν ἀρίθμηση τῶν ἐρυθρῶν αἰμοσφαιρίων, τόν προσδιορισμό τοῦ αἱματοκρίτη, πού ἐπιπρόσθετα αὐτές θά χρησιμεύσουν γιά μεταγενέστερη σύγκριση. Ἐάν εἶναι δυνατή ἐκτελεῖται ἀκτινογραφία θώρακα χωρίς προετοιμασία, σέ κατακεκλιμένη θέση κατά μέτωπο ἢ ἀκόμα καί στήν κλίνη τοῦ τραυματία, πού θά χρησιμεύσει γιά τή διάγνωση ὀστικῶν βλαβῶν. Τέλος τίθεται ὁ τραυματίας ὑπό συνεχῆ παρακολούθηση καί ἀνά ἡμίωρο καταγραφή τῶν παραμέτρων: σφύξεις, πίεση, ἀναπνοές, ἀποβολή οὔρων, ὅπως πρέπει νά γίνεται σέ κάθε βαριά κάκωση. Ἐτσι εἶναι δυνατό νά προσδιοριστεῖ τό σύνδρομο τῆς ἐσωτερικῆς αἱμορραγίας.

Λαμβάνεται ὑπόψη ἰδιαίτερα ἡ τάση γιά ἐπαναλαμβανόμενες συγκοπτικές κρίσεις, ἡ ἐπιτάχυνση καί ἡ προοδευτική ἰσχνότητα τοῦ σφυγμοῦ, ἡ πτώση τῆς ἀρτηριακῆς πιέσεως καί ἡ σμίκρυνση τῆς διαφορικῆς παρά τήν μετάγγιση αἵματος. Ἐπίσης λαμβάνονται ὑπόψη τά σημεῖα τῆς ὀξείας ἀναιμίας πού βέβαια εἶναι καθυστερημένα καί πού χαρακτηρίζονται ἀπό ὄχρωση προσώπου καί ἄκρων καθώς καί τῶν βλεννογόνων, ἔντονο αἶσθημα δίψας, ψυχρή μύτη καί ἄκρα, καθώς καί ὑποθερμία.

Φυσικά σημεῖα πού ἐρμηνεύουν τό αἱμοπεριτόναιον εἶναι ἡ ἀμβλύτητα στά ὑποχόνδρια καί ὁ ἐπώδυνοξ δούγλασιος στή δακτυλική ἐξέταση, καί τό ἀσταθές σημεῖο τῆς διηθήσεως τοῦ ὀμφαλοῦ.

Τέλος σημειώνεται ἡ μείωση τοῦ ἀριθμοῦ τῶν ἐρυθρῶν αἰμοσφαιρίων καί ἡ πτώση τοῦ αἱματοκρίτη σέ ἐπαναλαμβανόμενες σέ κοντινά μεσοδιαστήματα ἐξετάσεις.

Μερικά στοιχεῖα, ὅπως ἡ θέση τοῦ τραυματισμοῦ, ὁ πόνος στόν ἀριστερό ὄμο (σημεῖο τοῦ Kehr), ἡ ἀντίσταση στό ἀριστερό ὑποχόνδριο, μποροῦν νά προσανατολίσουν πρὸς τή σπληνική αἰτιολογία ἐνός τέτοιου συνδρόμου καί νά καθορίσουν ἔτσι τόν τύπο τῆς ἐγχειρητικῆς τομῆς. Ἀλλά αὐτό πολύ λίγο ἐνδιαφέρει στήν πραγματικότητα, γιατί μιά τέτοια εἰκόνα ἔχει ἀνάγκη ἐξαιρετικά ἐπείγουσας ἐπεμβάσεως, στή διάρκεια τῆς ὁποίας τό αἱμοπεριτόναιο θά στρέψει τήν ἐρευνα στήν ἀκεραιότητα τοῦ σπλήνα.



ΠΑΓΚΡΕΑΣ

Ά ν α τ ο μ ο φ υ σ ι ο λ ο γ ι κ ή Ὑ π ό μ ν η σ η .

Τό πάγκρεας εἶναι ἀδένας μέ διπλή ἔκκριση ἐξωκρινή καί ἐνδοκρινή. Ὡς ἐξωκρινῆς ἀδένας εἶναι συνηρητημένος μέ τό πεπτικό σύστημα, ὅπου οἱ πόροι του ἐκβάλλουν στό δωδεκαδάκτυλο τό παγκρεατικό ὑγρό. Ἡ ποσότητά του εἶναι σημαντική καί φθάνει τά 1500 ὡς 2000 ml. στό 24ωρο. Τό pH του εἶναι σαφές ἀλκαλικό, γύρω στά 8,5. Ἡ πυκνοτήτά του σέ διττανθρακικά εἶναι πάρα πολύ ὑψηλή, 30-75 mEq/lit. Ἡ περιεκτικότητά του σέ Cl, Na καί K εἶναι παραπλήσια μέ τήν ἀντίστοιχη τοῦ πλάσματος, ἐνώ ἀντίθετα τό ποσοστό τοῦ Ca εἶναι χαμηλότερο ἀπό τό πλασματικό. (ἐκ. 75).

Τά πεπτικά ἐνζυμα τοῦ παγκρεατικοῦ ὑγροῦ δοροῦν σέ 3 μεγάλες κατηγορίες τροφῶν:

Στά λευκώματα μέ τή θρυψίνη, τή χυμοθρυψίνη, τήν ἀνθρακυλοπολυπεπτιδάση.

Στά λίπη μέ τή λιπάση, πού τά ἐστεροποιεῖ.

Τέλος στούς ὑδρογονόθρακες μέ τήν ἀμυλάση.

Ἀδένας ἐνδοκρινῆς περιέχει σωρούς ἰδιαιτέρων κυττάρων, πού ἀπαρτίζουν τά νησίδια τοῦ Langerhans.

Γεγονός οὐσιῶδες τά νησίδια αὐτά ἀπαρτίζονται ἀπό διάφορα εἶδη κυττάρων, πού τό καθένα ἐκκρίνει δική του ὁρμόνη, πού ἀλλωστε τό χαρακτηρίζει. Ἐτσι τά κύτταρα β τοῦ Langerhans παράγουν τήν ἰνσουλίνη, ἐνώ τά κύτταρα δχι β παράγουν τό γλυκογόνο, ὁρμόνη πού προκαλεῖ ὑπεργλυκαιμία, καί πού κινητοποιεῖ τό γλυκογόνο τοῦ ἥπατος καί τό μετατρέπει σέ γλυκόζη.

Ἄλλη ὁρμόνη εἶναι ἡ "γαστρινομιμητική" πού αὐξάνει τήν ὑδροχλωροπεπτική ἔκκριση τοῦ σώματος τοῦ στομάχου.

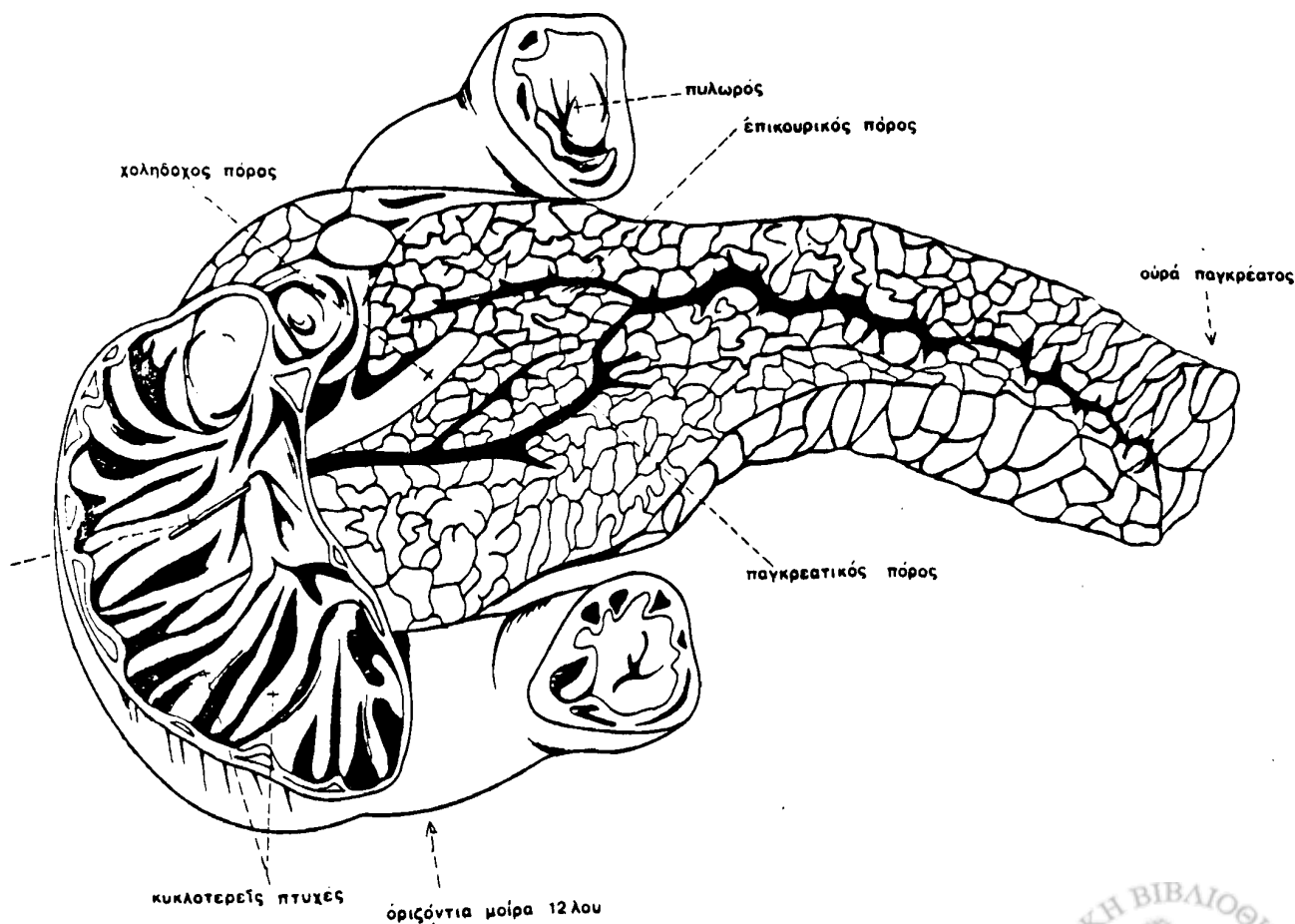
Ά ν α τ ο μ ί α . Τό φυσιολογικό πάγκρεας ἐμφανίζεται σάν ἐρυθροκίτρινος-γκριζωπός ἀδένας συμπαγῆς, ἐλαφρῶς ὀγκώδης, ἀποπλατυσμένος ἀπό πίσω πρὸς τά μπρός. Εἶναι στό βάθος τοποθετημένος, στήν πρόσθια ἐπιφάνεια τῆς σπονδυλικῆς στήλης, ἐπεκτεινόμενος ἐγκάρσια ἀπό τό ἓνα ὑποχόνδριο στό ἄλλο.

Σχηματικά διακρίνονται ἡ οὐρά, πού εἶναι κοντά στό σπλήνα, τό σῶμα κοντά στήν ὀπίσθια ἐπιφάνεια τοῦ στομάχου, καί ἡ



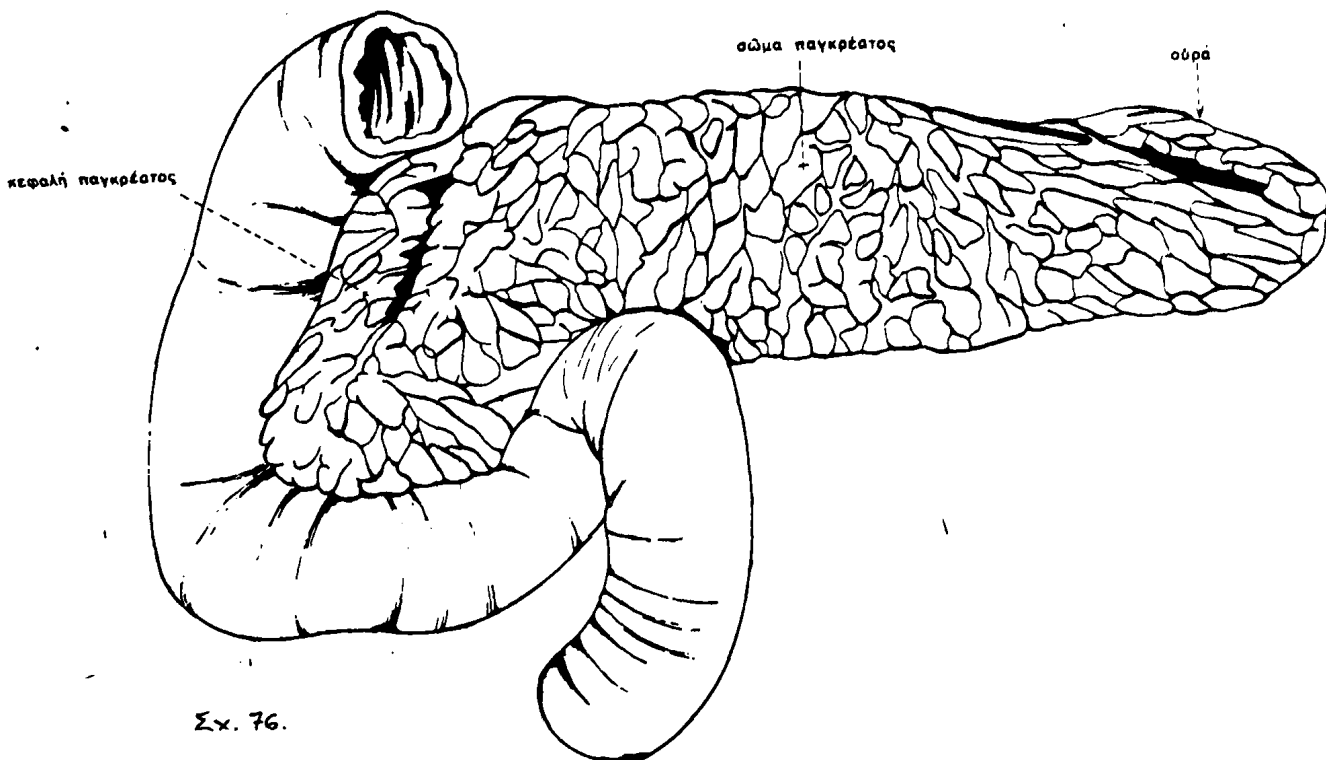
κεφαλή πού περιβάλλεται από τό δωδεκαδακτυλικό πλαίσιο. Τό πάγκρεας εἶναι ὀλοκληρωτικά τοποθετημένο πίσω από τό τοιχωματικό περιτόναιο, ἀλλά μέσω τῆς περιτονίας τοῦ Treitz μπορεῖ νά προσπελασθεῖ ἡ ὀπίσθια ἐπιφάνεια τῆς κεφαλῆς του, ἐνῶ μέσω τῆς περιτονίας τοῦ Toldt, πού βρίσκεται πίσω από τό πάγκρεας καί πάνω από τό ἐγκάρσιο μεσόκολο, εἶναι προσιτή ἡ ὀπίσθια ἐπιφάνεια τῆς οὐρᾶς καί τοῦ σώματός του. (εἰκ. 76)

Ἡ σπληνική φλέβα, οἱ μεσεντέριες φλέβες καί ἡ ἀρχή τοῦ στελέχους τῆς πυλαίας βρίσκονται σέ στενές σχέσεις μέ τήν ὀπίσθια ἐπιφάνεια τοῦ ἀδένα. Οἱ ἐκφορητικοί πόροι τοῦ παγκρέατος ὁδηγοῦν τήν ἐξωγενή ἐκκριση ἀπό τά λοβίδια καί λόβια σέ δευτερογενεῖς κλάδους τῶν ἐκφορητικῶν πόρων, πού καταλήγουν στούς δύο τελικούς συλλεκτικούς πόρους: τόν πόρο τοῦ Wirsung πού ἐκβάλλει στή δεύτερη μοῖρα τοῦ δωδεκαδακτύλου σέ κοινό τρῆμα μέ τόν χοληδόχο πόρο, στή θηλή τοῦ Vater. Ὁ πόρος τοῦ Wirsung καί ὁ χοληδόχος περιβάλλονται στήν τελική τους μοῖρα μέ τόν σφικτήρα τοῦ Oddi.



Σχ. 75. Ἐξωτερική ἀνατομία τοῦ παγκρέατος.





Σχ. 76.

Ο πόρος του Sandorini εκτείνεται μεταξύ του πόρου του Wirsung και ενός τμήματος κατά την δεύτερη επίσης μοίρα του δωδεκαδακτύλου που καλείται "μικρό φύμα".

Τά νεύρα του παγκρέατος προέρχονται από τό ήλιακό πλέγμα.

Οι νευρικές ίνες του αδένου είναι συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές, έξαιρετικά πολυάριθμες.

Δύο χαρακτηριστικά πρέπει νά τονισθοῦν. (Σχ. 77).

1. Τό πάγκρεας, ὄργανο βαθύ και σχετικά λίγο ὀγκῶδες, πρακτικά δέν είναι προσπελάσιμο στήν κλινική εξέταση, ἐνώ ἡ συμπτωματολογία του οὐσιωδῶς ὀφείλεται στήν επίδραση του στά γειτονικά ὄργανα ὀπως, σπλήνα, στόμαχο, παχύ ἔντερο, χοληφόρες ὁδοῦς.

2. Οι πιό στενές ἀνατομολειτουργικές σχέσεις του, είναι:

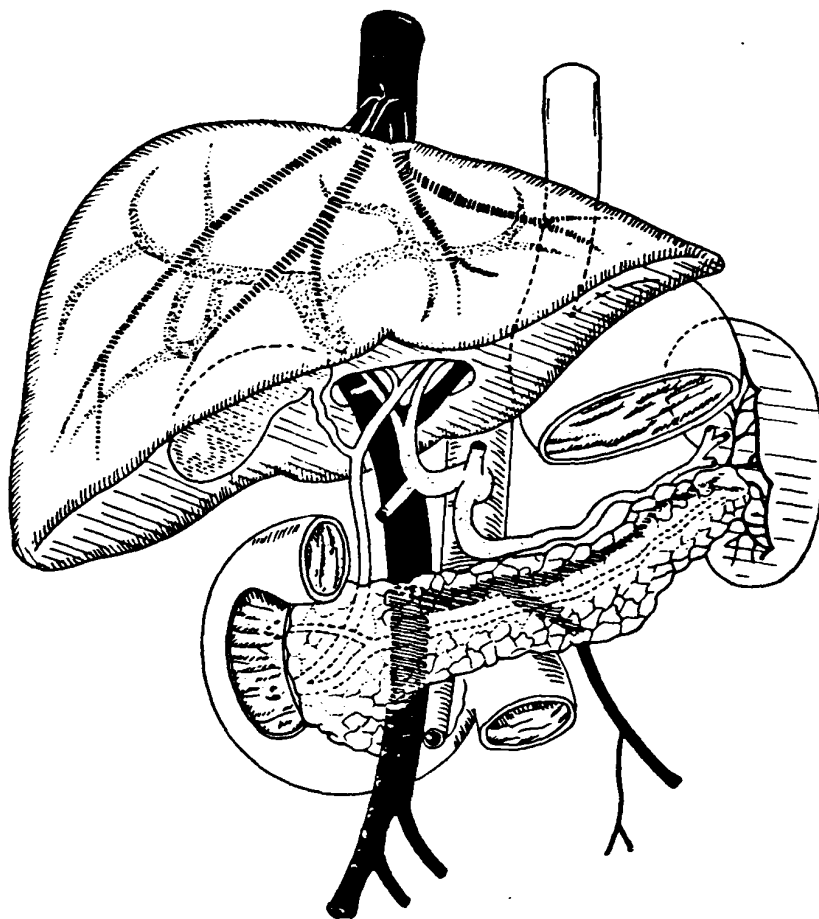
— Μέ τό σύστημα τῆς πυλαίας φλέβας: σπληνική φλέβα, σπληνο-μεσεντερική φλεβική ἀναστόμωση, ἀρχικό τμήμα τοῦ κορμοῦ τῆς πυλαίας, και

— Μέ τό χοληδόχο πόρο, πού γιά ἀρκετά cm διέρχεται τήν ὀπίσθια ἐπιφάνεια τῆς κεφαλῆς τοῦ παγκρέατος, εἴτε σέ ἀλλά-κα εἴτε ἀκόμα και μέσα ἀπό αὐτό τό παρέγχυμά της.

ΓΕΝΙΚΗ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

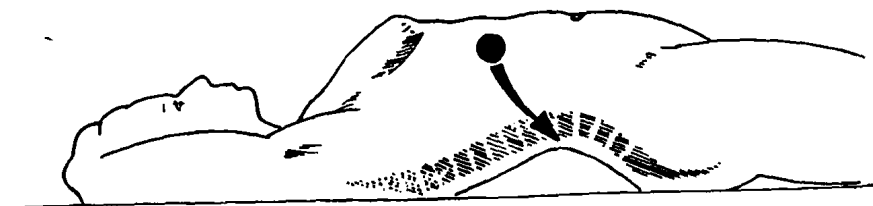
Ἡ κλινικὴ σκέψη μπορεῖ νὰ στραφῆί πρὸς τὴν ὑπαρξὴ παγκρεατικῆς παθήσεως οὐσιωδῶς ὕστερα ἀπὸ ἐκλυση συμπτωμάτων ὅπως πόνος, διαταραχὲς τῆς ἔξω παγκρεατικῆς ἐκκρίσεως, διαταραχὲς τῆς ρυθμίσεως τοῦ σακχάρου, καὶ τέλος αἱμορραγίαι ἐκ τοῦ πεπτικοῦ συστήματος.

Ὁ πόνος: Ἐντοπίζεται στὸ ἐπιγάστριο, μὲ προτίμησι καμιά φορὰ πρὸς τὰ πλάγια, δεξιὰ ἢ ἀριστερά. Ἀκτινοβολεῖ στὴ ράχη, μὲ τὴ μεγαλύτερη ἐνταση στοὺς κατώτερους κυρίως ὀσφυϊκοὺς σπονδύλους, καθὼς καὶ στὸ ἀριστερὸ ὑποχόνδριο, ἀλλὰ ἐπικουρικὰ στὴν ἀριστερὴ ὠμοπλάτη, ὅπως καὶ στὸ δεξιὸ ὑποχόνδριο. Ὁ τύπος τοῦ πόνου εἶναι πολὺ λίγο χαρακτηριστικός καὶ ὑποδύεται κράμπα, κάψιμο βαθύ. Ἡ ἐνταση του εἶναι ποικίλη. Καμιά φορὰ εἶναι ἀνυπόφορος καὶ ὑποχρεώνει τὸν



Σχ. 77. Σχέσεις τοῦ παγκρέατος .





Σχ. 78. Χαρακτηριστική έκτινοβολία παγκρεατικού πόνου.

Άρρωστο νά πάρει θέση άνταλγική, μέ κάμψη του θώρακα στην κοιλιά, όποτε πιέζει έτσι τήν έπιγαστρική περιοχή. Άλλοτε είναι καθιστός στό χεΐλος τής κλίνης του, κι άλλοτε ξαπλωμένος στό ένα πλευρό μέ τά γόνατα στην κοιλιά. Αύτή ή άνταλγική θέση είναι ιδιαίτερα χαρακτηριστική κι έχει μεγάλη διαγνωστική άξία. (Σχ. 78, 79, 80, 81).

Ό πόνος έκδηλώνεται τή στιγμή τής λήψεως των τροφών, αλλά διαρκεί και μετά τό γεύμα. Σέ καμιά περίπτωση δέν ύποχωρεί μέ τή νέα λήψη τροφής. Έξελίσσεται κατά κ ρ ί σ ε ι ς , πού ή διάρκειά των είναι άρκετά άποκαλυπτική. Έτσι αυτές είναι σαφώς πιό μακρόχρονες σέ σύγκριση μέ τόν ήπατικό κοιλικό, αλλά πολύ πιό βραχείες από τήν έπώδυνη κρίση του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους. Μερικοί έχουν περιγράψει έπώδυνες κρίσεις πού έξελίσσονται σέ 3 μέρες.

Ό ρυθμός των κρίσεων έξελίσσεται σύμφωνα μέ τρεις φάσεις: μιá πρώτη φάση έπώδυνη μέ σαφή μεσοδιαστήματα ήρεμίας, μιá δεύτερη κρίση όπου τά μεσοδιαστήματα βραχύνονται και μιá τρίτη φάση πού χαρακτηρίζεται από τήν έξαφάνιση αυτών και τήν έκδήλωση συνεχιζόμενης κρίσεως.

Ο ί δ ι α τ α ρ α χ έ ς τ ή ς π α γ κ ρ ε α τ ι κ ή ς έ κ κ ρ ί σ ε ω ς. Αύτες έκφράζονται μέ διάρροια είτε μέ σημαντική στεατόρροια (λιπαρές κενώσεις).

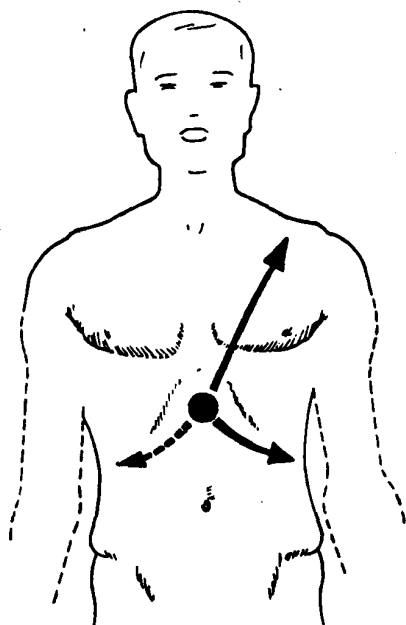
Ο ί δ ι α τ α ρ α χ έ ς τ ή ς ρ υ θ μ ί σ ε ω ς τ ο υ σακχάρου. Ό διαβήτης είναι συχνός, είτε γνωστός



καί θεραπευόμενος, είτε λανθάνων καί έκδηλωνόμενος μέ τή συστηματική αναζήτηση σακχαρουρίας. Οί κρίσεις υπογλυκαιμίας είναι αρκετά άποκαλυπτικές, όταν έκδηλώνονται μέ άδιαθεσία καί καταβολή κατά τή νηστεία, συμπτώματα πού υποχωρούν μέ σακχαρούχους χυμούς.

Οί αιμορραγίες έκ τοῦ πεπτικοῦ. Καμιά φορά είναι μακροσκοπικές μέ τή μορφή αιματέμεσης ή μέλαινας, κι άλλες πολύ άφθονες, συνυφασμένες μέ πυλαία υπέρταση προκαλούμενη άπό πίεση τής σπληνικής φλέβας άπό παθολογικό πάγκρεας, όποτε καί ή σπληνομεγαλία είναι ό κανόνας.

Δυό άλλα ακόμα σημεΐα επικλίσεως μπορούν επίσης νά στρέψουν τή σκέψη στό πάγκρεας, καί αυτά είναι ό εκτεροσ τύπου άποφρακτικοῦ καί ή προσβολή τής γενικής καταστάσεως πού έκδηλώνεται μέ αδυνάτισμα μέ ή χωρίς στεατόρροια.



Σχ. 79. Εντόπιση τοῦ παγκρέατικοῦ πόνου καί ἐπεκτάσεις αὐτοῦ.





Σχ. 80. Ανταλγική θέση άρρώστου με παγκρεατικό πόνο.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Στήν έπισκόπηση έκτιμάται ή ύπαρξη ή όχι μιās δυνητικής διογκώσεως, πάνω από τήν όμφαλική περιοχή, σε μέση ή παράμεση θέση, ποτέ όμως σε σαφώς πλάγια.

Στήν ψηλάφηση αναζητείται ή ύπαρξη τοιχωματικής αντίδράσεως, ιδιαίτερα αντίστασης στό έπιγάστριο, καθώς και σημεΐα συγκεκριμένα έπώδυνα. Τέτοια σημεΐα κλασσικά είναι τρία.

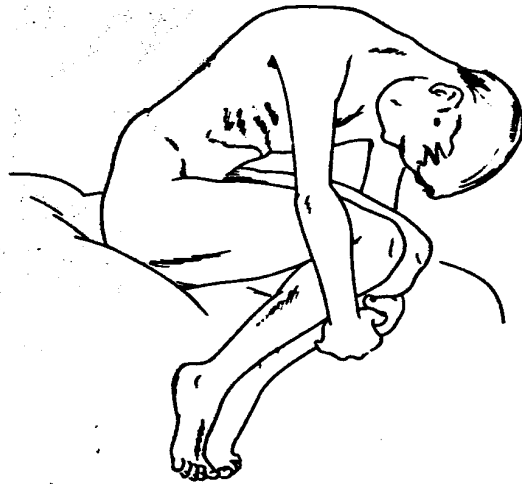
1. Σε εξέταζόμενο και σε ήπια θέση ο εξέτάζων, πού βρίσκεται στά δεξιά του, με τά δυό χέρια του αναζητάει πόνο κατά τή βαθιά ψηλάφηση στό έπιγάστριο.

2. Τό καλύτερο σημεΐο είναι έπώδυνη περιοχή στό άριστερό ύποχόνδριο (σημεΐο Mallet-Guy). 'Ο εξέταζόμενος βρίσκεται σε δεξιά πλάγια θέση και τό εξέτάζον χέρι έλέγχει τό τοίχωμα άκριβώς κάτω από τό άριστερό πλευρικό τόξο. 'Η κίνηση αύτή έκλύει πόνο όποτε τό σημεΐο Mallet - Guy είναι θετικό. (Σχ. 82)

3. Τό σημεΐο Mayo - Robson τέλος αναζητείται προς τά πίσω στην όσφυοπλευρική γωνία άριστερά. 'Η κλινική εξέταση πρέπει νά συμπληρωθεΐ με τή διερεύνηση του ήπατος, τήν αναζήτηση διατεταμένης χοληδόχου κύστεως, σπληνομεγαλίας καθώς και άδENOπάθειας των υπερκλειδίων βόθρων.

Γενική εξέταση. Τά σημεΐα πού συλλέγονται είναι ποικίλα αλλά πρέπει νά τονισθεΐ ή άξία τής άπώλειας σωματικού βάρους, και άπίσχυσης μερικές φορές, των ψυχικών διαταραχών και κάποτε τοξικομανίας.





Σχ. 81 Άνταλγική θέση σε παγκρεατικό πόνο .



Σχ. 82 Αναζήτηση του σημείου Mallet-Guy .



ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

1. Ἡ πρώτη παρακλινική εξέταση εἶναι οἱ ἀκτινογραφίες χωρὶς προετοιμασία, πού παραμένουν καί οἱ μοναδικές στίς ὀξεῖες παγκρεατοπάθειες. Περιλαμβάνονται δύο λήψεις, μιά κατά μέτωπο καί ἡ ἄλλη πρόσθια ἀριστερή λοξή, πού ἔτσι ἀποχωρίζει καλύτερα τήν κεφαλή τοῦ παγκρέατος ἀπό τή σκιά τῆς σπονδυλικῆς στήλης. Κάθε φορά πού ὑπάρχουν λίθοι στοῦς παγκρεατικούς πόρους ἢ ἀσβεστώσεις, μιά πλάγια λήψη εἶναι ἀναγκαῖα γιά τόν καλύτερο ἐντοπισμό. Ἡ ἀπουσία ἀσβεστώσεων δέν ἀποκλείει προφανῶς τή διάγνωση τῆς παγκρεατίτιδας, ἀφοῦ πολυάριθμες περιπτώσεις δέ συνοδεύονται μέ ἐναποθέσεις ἀσβεστίου, ἢ ἀκόμα δέν ἀναδεικνύονται στίς ἀκτινογραφίες παρά ὕστερα ἀπό μακροχρόνια ἐξέλιξη τῆς νόσου.
2. Ὁ ἀκτινολογικός ἐλεγχος τοῦ στομάχου καί δωδεκαδακτύλου. Ὁ ἐλεγχος αὐτός ἐκτελεῖται συστηματικά γιά τήν ἀναζήτηση πιέσεως τοῦ δωδεκαδακτύλου ἀπό τό πάγκρεας. Οἱ πιό ἐνδιαφέρουσες λήψεις εἶναι πλάγιες ἀκτινογραφίες τοῦ στομάχου σέ ὕπτια κατάκλιση γιά τήν ἀναζήτηση πιέσεως τοῦ ὀπισθίου τοιχώματός του, καθῶς καί τό δωδεκαδάκτυλικό πλαίσιο (ὀλόκληρο τό 12λο) κατά μέτωπο καί καμιά φορά πλάγια σέ ἥπτια ἢ πρυνή κατάκλιση.
3. Ἡ ἐνδοφλέβια χολοκυστογραφία. Αὐτή συστηματικά ἐκτελεῖται ὅταν πρόκειται νά ἐκτιμηθεῖ ἡ ἀπήχηση τῆς ὑπερτροφίας ἢ διογκώσεως τῆς κεφαλῆς τοῦ παγκρέατος στήν κύρια χοληφόρο ὁδó. Προτιμᾶται ἀπό τή χολοκυστογραφία μέ λήψη σκιαστικοῦ ἀπό τό στόμα. Ἡ ἀπήχηση στά χοληφόρα, χρήσιμη στή διάγνωση, εἶναι κεφαλαιώδης γιά τή θεραπευτική ἐνδειξη. Ἄτυχῶς ἡ εξέταση αὐτή δέν εἶναι ἐφικτή σέ περίπτωση ὑπάρξεως ἰκτέρου.
4. Σπληνοπυλαιογραφία. Αὐτή δέν γίνεται συστηματικά ἀν δέν ὑφίσταται μεγαλοσπληνία ἢ αἱμορραγία ἀπό τό πεπτικό σύστημα. Ἐπιβάλλει νοσηλεία τουλάχιστο γιά 24 ὥρες καί σέ χειρουργικό περιβάλλον. Ἀντικειμενοποιεῖ τίς βλάβες τῆς σπληνικῆς φλέβας σέ ἕνα ποσοστό, ὄχι ἀμελητέο, καρκίνου ἢ παγκρεατίτιδας τοῦ σώματος καί τῆς οὐρᾶς. Ἐπιβεβαιώνει μερικές φορές τήν ὑπαρξη κισσῶν τοῦ οἰσοφάγου, πού εἶχαν ἐνδεχόμενα πιθανολογηθεῖ στίς ἀκτινογραφίες τοῦ στομάχου καί δωδεκαδακτύλου. Ἐπιτρέπει τέλος τήν αἰτιολογική συσχέτιση τῆς παγκρεατίτιδας μέ ὀρισμένο ἀριθμό αἱμορραγιῶν



του πεπτικού συστήματος.

5. Έκλεκτική άρτηριογραφία της κοιλιακής και άνω μεσεντέριας άρτηρίας. Αύτη λιγότερο επικίνδυνη από ό,τι ή σπληνοπυλαιογραφία, δίνει εικόνα της σπληνικής και της πυλαίας φλέβας έξαιρετικής ποιότητας. Είναι άνεκτή καλά από τον άρρωστο και άπαιτεϊ νοσοκομειακή νοσηλεία, τουλάχιστο για 24 ώρες καθώς και προετοιμασία για τήν έκτελεσή της.

Παρόλο πού άντικειμενοποιεϊ, στίς βεβαιωμένες παγκρεατίτιδες μέ ή χωρίς ψευδοκύστη, άλλοιώσεις της διαδρομής και της διαμέτρου τών μεγάλων άγγείων, πού συνυπάρχουν μέ ζώνες υπεραιμίας, όμως φαίνεται ικανή νά έπιβεβαιώσει τή διάγνωση στην άρχή της νόσου. Πιό πρώιμες είναι πιθανώς στον καρκίνο οι εικόνες άλλοιώσεων του περιγράμματος, στενώσεων ή άκρωτηριασμών μεγάλων άγγειακών κλάδων, αλλά κυρίως οι εικόνες νεοαγγειώσεως, περισσότερο ή λιγότερο άναρχικές, σε άγγειάκους όγκους έξω ή ένδοκρινεϊς. Μικροί όγκοι από τά νησίδια του Langerhans είναι δυνατόν έτσι νά άποκαλυφθούν και φυσικά νά θεραπευθούν ικανοποιητικά. Τέλος είναι πάντοτε χρήσιμη για τή χειρουργική επέμβαση πού άποσκοπεϊ στην έξαίρεση τέτοιου όγκου, ή γνώση της άγγειακής διατάξεως της παγκρεατικής περιοχής.

6. Σπινθηρογράφημα του παγκρέατος.

Ή σπινθηρογράφηση του παγκρέατος έκτελεϊται μέ τή βοήθεια μεθειονίνης σημασμένης μέ σελήνιο 75 μετά από επίδραση χρυσού 198 για νά καταργηθεϊ ή ήπατική παρέμβαση. Είναι μέθοδος πού έχει άναπτυχθεϊ ταχύτατα και φαίνεται πιό άποδοτική από τήν άκτινολογική έρευνα αλλά κι έπιπρόσθετα είναι άκίνδυνη και χωρίς τήν παραμικρή ένόχληση. για τόν έξεταζόμενο. Οι όγκοι έκφράζονται στό σπινθηρογράφημα μέ έλλείμματα, ένώ οι παγκρεατίτιδες μέ άνομοιογενεϊς προσλήψεις και μέ σημαντική διαφυγή στην νήστιδα. Οι σημερινές δυνατότητες της έξετάσεως αύτης έπιτρέπουν τήν άποκάλυψη άλλοιώσεων πού έχουν έλάχιστη διάμετρο 2 cm.

7. Ήχοτομογραφία. Ή ήχοτομογραφία μέ υπερήχους φαίνεται νά ένδεικνυται στη διαπίστωση συλλογών. Τό πάγκρεας δέν προσφέρεται ιδιαίτερα για τήν έξέταση αύτη. Μόνο παθολογικές άλλοιώσεις ενός όρισμένου μεγέθους, έκτός από τίς ψευδοκύστεϊς, μπορεί νά άποκαλυφθούν.

8. Καθετηρισμός τών παγκρεατικών πόρων. Αύτός έγινε έπι-



κτός σήμερα μέ τή βοήθεια τών είδικών εδκαμπτων δωδεκαδα-
κτυλοσκοπίων, πού προσφέρουν τή δυνατότητα παλινδρόμου
καθετηριασμού του χοληδόχου πόρου καί του πόρου του Wirsung,
γεγονός πού έπιτρέπει τή σκιαγράφηση του παγκρεατικού πόρου
μέ τήν έγχυση σκιαγραφικού διαλύματος μέσα σ'αυτόν.

ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΕΙΣ. Σ'αυτές περιλαμβάνονται:

1. Οί έξετάσεις τών κοπράνων, όπου αναζητείται ή πλημμελής
έξω παγκρεατική έκκριση δηλαδή άτελής άπορρόφηση λιπών καί
πρωτεϊνών.

Στή μικροσκοπική έξεταση τών κοπράνων αναζητείται ή ύπαρξη
(όχι φυσιολογική) σ'αυτά μυϊκών ίνών, πού διατηρούν τους
πυρήνες τους καί άθικτη τήν έγκάρσια γραμμωσή τους.

Ή χημική έξεταση τών κοπράνων προσδιορίζει τό άζωτο τών
24ων ώρων, πού είναι πολύ αύξημένο στις άνεπάρκειες τής
έξω έκκρίσεως του παγκρέατος καθώς καί τήν παρουσία ούδετέ-
ρων λιπών.

2. Ή έξεταση τών ούρων όπου αναζητείται ούσιωδώς ή άμυλα-
σουρία, πού τό φυσιολογικό της ποσό είναι κατώτερο από 256
μονάδες Wohlgemuth.

Ή αναζήτηση προκλητής λωδουρίας (δοκιμασία του Trépolières)
πού συνίσταται στην έκτίμηση τής άπορροφήσεως καταποθείσης
ποσότητας λωδίου. Ή ποσότητα αυτή τροποποιείται ούσιωδώς sé
περίπτωση παγκρεατικής άνεπάρκειας. Έτσι πρέπει νά άνευρε-
θει μετά 24 ώρες στά ούρα τουλάχιστον ή μισή ποσότητα του
λωδίου πού έχει καταποθεί τήν προηγούμενη ήμέρα μέ τή μορφή
καψουλών έλαιούχου λωδίου (ή συνηθισμένη δόση λωδίου για τή
δοκιμασία άνέρχεται sé 1 gr).

Στίς έξετάσεις του αίματος αναζητούνται:

Τό ποσοστό τής άμυλάσης, ιδιαίτερα στη διαδρομή επώδυνων
παροξυσμικών κρίσεων.

Τό ποσοστό του σακχάρου του αίματος. Μέτρια ύπεργλυκαιμία
είναι συχνή. Ή καμπύλη τής προκλητής ύπεργλυκαιμίας παίρ-
νει μορφή διαβητικής.

4. Ή έξεταση τής έξω έκκρίσεως του παγκρέατος μέ 12/κό
καθετηριασμό.

α. Ύπολογισμός τής έκκρίσεως χωρίς έρεθισμό τής μέγιστης
ένζυματικής δραστηριότητας. Οί φυσιολογικοί αριθμοί είναι:
όγκος: 1 ml/min.



διττανθρακικά: 50 mEq/l.

λιπάση: 30 μονάδες Bondi.

θρυψίνη: 12 μονάδες.

β. Ὑπολογισμός μετά από έρεθισμό μέ σεκρετίνη, όρμόνη πού φυσιολογικά προκαλεῖ άφθονη έκκριση νερού καί διττανθράκικων. Ὁ όγκος τής έκκρίσεως όφείλει νά ξεπεράσει τά 3 ml/min. στά πρώτα δείγματα μετά τή χορήγηση τής σεκρετίνης καί τό ποσοστό τών διττανθρακικών τά 50-80 mEq/l.

γ. Μετά από χορήγηση παγκρεοζυμίνης ή παγκρεατική έκκριση γίνεται πλούσια σέ ένζυμα, ιδιαίτερα ένεργοποιεῖται ή δραστηριότητα τής λιπάσης, πού εἶναι αύξημένη, ένω ή δραστηριότητα τής θρυψίνης τροποποιεῖται λίγο.

Στίς άποφράξεις τοῦ πόρου τοῦ Wirsung κοντά στήν έκβολή του στό 12/λο τά άποτελέσματα όλων αύτών τών δοκιμασιών εἶναι ιδιαίτερα τροποποιημένα. Ἀντίθετα, σέ άπουσία άποφράξεως τοῦ πόρου, πρέπει νά υπάρχει καταστροφή περισσότερο από τό μισό τοῦ άδένα γιά νά εἶναι τό άποτέλεσμα τοῦ καθετηριασμοῦ διαταραγμένο.

5. Ἡ λαπαροσκόπηση προσφέρει μόνο έμμεσα στοιχεῖα, αλλά μέ άξία, άφοῦ δείχνει μερικές φορές τήν ύπαρξη διογκώσεως πρós τά πίσω, σημείων χολοστάσεως, διογκωμένο ήπαρ πρασινωπό καί χοληδόχο κύστη διατεταμένη.



ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Αυτός δίνει ταυτόχρονα σύνδρομο από τὰ χοληφόρα καί τό πάγκρεας.

Κ λ ι ν ι κ ή κ α ί β ι ο λ ο γ ι κ ή έ ξ έ τ α σ η .

Στήν τυπική μορφή ὁ ἀποφρακτικός ἑ κ τ ε ρ ο ς εἶναι τό χαρακτηριστικό κλινικό στοιχεῖο.

α. Τέσσερα κλινικά σημεῖα εἶναι κλασσικά τῆς ἀποφράξεως τῶν χοληφόρων.

1. Ὁ ἑκτερος ἐμφανίζεται στό δέρμα καί στούς βλεννογόνους.

2. Διογκωμένο ἥπαρ ἀπό τή χολόσταση, πού κατέρχεται πολλούς δακτύλους κάτω ἀπό τό πλευρικό τόξο. Μέ τήν ἐπίκρουση καθορίζεται τό ἄνω χεῖλος του, ἐνῶ ἡ ἀπόσταση ἄνω καί κάτω χεῖλους εἶναι μεγαλύτερη ἀπό 15 cm. στή δεξιά μαστική γραμμή. Ἡ ἐπιφάνειά του εἶναι συμπαγής, ὀ μ α λ ἠ καί ἄ ν ὠ δ υ ν η .

3. Τά οὔρα εἶναι φυσιολογικά σέ ποσότητα, ἀλλά βαθυχρωματικά, σάν μπύρα, ἀφρώδη περιέχοντας στοιχεῖα χολῆς καί χολικών ἀλάτων.

4. Οἱ κενώσεις εἶναι ἀ π ο χ ρ ὠ μ α τ ι σ μ έ ν ε ς , λιπώδεις, παστώδεις.

β. Οἱ βιολογικές ἐξετάσεις ἐπιβεβαιώνουν τήν ἀποφρακτική φύση τοῦ ἑκτέρου.

1. Ὑπάρχει μιᾶ παράλληλη κατακράτηση, καί κατά συνέπεια αὔξηση ἀμεσης χολερυθρίνης, αὔξηση τῆς ὀλικῆς χοληστερίνης, καί τῶν ἀλκαλικῶν φωσφατασῶν.

2. Δέν ὑπάρχουν βιολογικά στοιχεῖα φλεγμονῆς τοῦ ἥπατικοῦ παρεγχύματος. Οἱ κροκυδοαντιδράσεις εἶναι φυσιολογικές.

3. Ἡ προθρομβίνη εἶναι μειωμένη, ἀλλά ἐπανέρχεται στό φυσιολογικό ὅταν χορηγεῖται ὑπό μορφή ἐνέσεων βιταμίνη Κ1 ἐνδομυϊκῶς (δοκιμασία τοῦ Koller).

4. Στόν καθετηριασμό τοῦ δωδεκαδακτύλου δέν ἀποδίδεται χολή οὔτε παγκρεατικό ὑγρό.

γ. Τά στοιχεῖα πού συνηγοροῦν γιά καρκίνο τῆς κεφαλῆς τοῦ παγκρέατος εἶναι τά ἀκόλουθα:

1. Ὁ τρόπος ἐξελίξεως τοῦ ἑκτέρου, πού εἶναι π ρ ο ο δ ε υ τ ι κ ὅ ς , χωρίς π υ ρ ε τ ὄ καί κυρίως ἄ ν ὠ δ υ ν ο ς .

2. Τά σημεῖα πού προηγοῦνται τοῦ ἑκτέρου, ἰδιαίτερα χαρακτηριστικά, εἶναι: κ ν η σ μ ὅ ς , σημαντική ἀπώλεια βάρους,



συχνή διάρροια καί στεατόρροια.

3. Τυπικά υπάρχει χοληδόχος κύστη διατεταμένη καί ανώδυνη. Πρόκειται για τό σημεῖο τῶν Bard καί Pic. Οἱ Courvoisier καί Terrier διατύπωσαν τό νόμο, σύμφωνα μέ τόν ὁποῖο ἡ στένωση τοῦ κατώτερου χοληδόχου πόρου ἀπό καρκίνο τῆς κεφαλῆς τοῦ παγκρέατος προκαλεῖ διάταση τῆς χοληδόχου κύστεως.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ

Δυό κύριες κλινικές μορφές παρατηροῦνται: ἡ ἀνεκτερικὴ μορφή, πού ἀνταποκρίνεται σέ καρκίνο λιγότερο προχωρημένο καί πού ἀποκαλύπτεται μέ τήν ἀκτινολογική ἔρευνα ὕστερα ἀπό διαταραχές τῆς γενικῆς καταστάσεως καί ἡ μορφή μέ ὄξεία ἀγγειοχολίτιδα πού δέν εἶναι σπάνια. Ὁ ὄγκος συχνά ἀποκαλύπτεται στή διάρκεια τῆς χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Ἡ ὑποτονικὴ δωδεκαδακτυλογραφία ἢ ἀκόμη μερικές φορές ἡ ἀκτινογράφηση χωρίς τροποποιητικὰ τῆς κινητικότητας τοῦ δωδεκαδακτύλου μπορεῖ νά δείξει ἀλλοιώσεις τοῦ πλαισίου τοῦ δωδεκαδακτύλου: τό σημεῖο αὐτό ἐρμηνεύει τήν αὔξηση τοῦ μεγέθους τῆς κεφαλῆς τοῦ παγκρέατος.

Ἡ σπληνοπυλαιογραφία, πού ἐκτελεῖται ἐφόσον τό ποσοστό τῆς προθρομβίνης εἶναι ἀνώτερο ἀπό 70%, ἀποκαλύπτει ἐλλειμματική σκιαγράφηση τοῦ ἄξονα τῆς πυλαίας, ἐξαιτίας τῆς συμπίεσεως αὐτῆς ἀπό τόν ὄγκο.

Ἡ λαπαροσκόπηση δέν ἀποκαλύπτει τόν ὄγκο, ἀλλά ἀντίθετα δίνει τά ἀκόλουθα στοιχεῖα: χολοστατικό ἥπαρ, ἥπατικές μεταστάσεις μερικές φορές, αὔξηση τοῦ μεγέθους τῆς χοληδόχου κύστεως, ἀφοῦ μπορεῖ μερικές φορές νά μήν ἀποκαλύπτεται μέ τήν ψηλάφηση.

Ἡ χειρουργική ἐπέμβαση ἐπιβάλλεται σχεδόν σέ ὅλες τίς περιπτώσεις. Μέ αὐτή ἐπιβεβαιώνεται ἡ διάγνωση μέ τήν ψηλάφηση τοῦ ὄγκου, ἐνῶ ἡ διεγχειρητικὴ χολοαγγειογραφία δείχνει τή συχνά ἐντονη διάταση ὀλοκλήρου τοῦ χοληφόρου δένδρου πάνω ἀπό τήν ἀνώμαλη καί μὴ προσπελάσιμη στένωση τοῦ κατώτερου τμήματος τοῦ χοληδόχου πόρου.

Καρκίνος τοῦ σώματος τοῦ παγκρέατος. Ἡ ἀκριβῆς διάγνωση αὐτοῦ δέ γίνεται πολλές φορές παρά σέ πολύ προχωρημένο ἐξελικτικό στάδιο. Τά δυό κλινικά



χαρακτηριστικά σημεία είναι η ένταση τῶν πόνων καθώς και ἡ ἀπώλεια σωματικοῦ βάρους.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ

Λειτοργικά σημεία: Ὁ πόνος εἶναι τὸ σύμπτωμα πού γενικά ὀδηγεῖ στήν ἰατρική ἐξέταση:

α. Ἄλλες φορές πρόκειται γιά ἐπιγαστρικό πόνο χωρίς σαφή περιοδικότητα, μέ ἀκτινοβολία πρὸς τὸ ἀριστερό ὑποχόνδριο καί τή σύστοιχη ὀσφυοπλευρική γωνία, δηλαδή πρὸς τή ράχη. Ὁ πόνος μειώνεται μέ τήν κάμψη τοῦ κορμοῦ πρὸς τά μπρός γεγονός πού πρέπει νά στρέφει τήν προσοχή πρὸς τήν παγκρεατική προελευσή του.

2. Μερικές φορές πρόκειται γιά πραγματικά ἐπώδυνη κρίση. Οἱ ἐπιγαστρικοί παροξυσμικοί πόνοι εἶναι ἐξαιρετικά έντονοι. Οἱ ἐπεκτάσεις τους εἶναι πολλαπλές, μέ κύρια κατεύθυνση πρὸς τή ράχη. Ὁ πάσχων μή μπορώντας νά κατακλιθεῖ ἤπτια, παραμένει καθιστός στό ἄκρο τοῦ κρεβατιοῦ του, μέ κάμψη τοῦ κορμοῦ ἢ κατακλίνεται στό πλάϊ μέ τούς μηρούς στήν κοιλιὰ (Σχ.).

Συχνά ὁ πόνος ἔχει τή μέγιστη ένταση του στήν ράχη, γεγονός πού μπορεῖ νά παραπλανήσει καί στρέψει τήν κλινική σκέψη πρὸς ρευματοπάθεια ἢ πάθηση τῆς σπονδυλικῆς στήλης.

Γενικά σημεία. Τὸ ἀδυνατίσμα τοῦ ἀρρώστου εἶναι έντονο, καθώς καί ἡ ἀσθενικότητα καί ἀνορεξία.

Φυσικά σημεία. Στήν κλινική ἐξέταση ἡ ψηλάφηση ἀποκαλύπτει, σέ ὀρισμένο ἀριθμό περιπτώσεων, ἐπιγαστρικό ὄγκο, βαθιά καθηλωμένο. Δέν εἶναι διατάσιμος, παρόλο πού μερικές φορές σφύζει, γεγονός ὅμως πού ὀφείλεται στή μετάδοση τῶν σφύξεων τῆς ἀορτῆς. Εἶναι δυνατόν, παρ'ὄτι σπάνια, νά σημειωθεῖ σπληνομεγαλία, ὀφειλόμενη στήν πίεση τῆς σπληνικῆς φλέβας ἀπό τόν ὄγκο. Ἡ σημειολογία αὐτή πρέπει νά ὀδηγεῖ τή σκέψη στήν παγκρεατική προελευσή της, ἰδιαίτερα ὁ συνδυασμός πόνου καί ἀδυνατίσματος, γεγονός πού αἰτιολογεῖ τήν παραπέρα παρακλινική ἐρευνα. (Σχ. 83, 84)

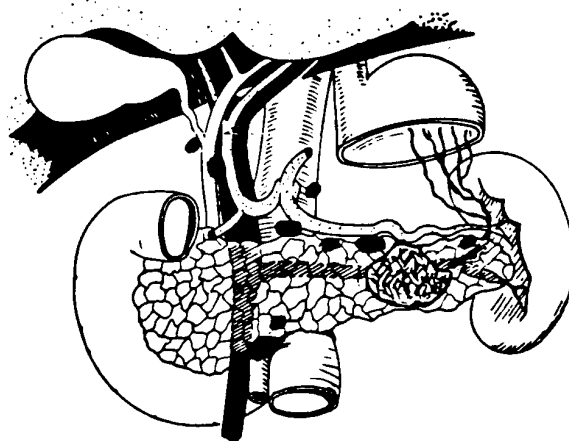
Ἀκτινολογικός ἔλεγχος.

α. Ὁ ἀκτινολογικός ἔλεγχος τοῦ στομάχου καί τοῦ 12/λου δέ δίνει γενικά πληροφορίες εἰδικές. Πίεση τοῦ μείζοντος τόξου τοῦ στομάχου, ἢ διαπλάτυση τοῦ 12/λικοῦ πλαισίου δέν ἐπιτρέπουν στήν πραγματικότητα ρητά συμπεράσματα.





Σχ. 83 Άνασθήση διογκωμένης χοληδόχου κύστεως .



Σχ 84 Καρκίνος σώματος-ούρας παγκρέατος. Γαγγλιακές μεταστάσεις .
Φλεβική στάση στο σπλήνα καί θόλο στομάχου .

β. Ἡ ἔνδοφλέβια χολοαγγειογραφία ἐπιτρέπει μερικές φορές νά ἀποδειχθεῖ διάταση τοῦ χοληδόχου πόρου πῶς πάνω ἀπό τό πάγκρεας, ἀλλά τό εὖρημα αὐτό εἶναι σπάνιο στήν ἀνικτε- ρική μορφή.

Οὐσιώδης ἐξέταση πού ἐπιτρέπει τήν προεγχειρητική διάγνωση εἶναι σπληνοπυλαιογραφία, πού δείχνει πλημμελή σκιαγράφηση τῆς σπληνικῆς φλέβας ἀπό πίεση καθώς καί τήν παρουσία πολυ- ἀρίθμων παράπλευρων φλεβῶν πού ξεκινοῦν ἀπό τό σπλήνα, δηλα- δή φλεβικό δίκτυο στάσεως.

Βιολογικές ἐξετάσεις.

Οἱ ἐξετάσεις αὐτές ἀποδεικνύουν τήν παγκρεατική ἀνεπάρκεια, χωρίς ὅμως νά εἶναι εἰδικές γιά τή διάγνωση. Ἐτσι ἡ προκλη- τή ὑπεργλυκαιμία δίνει καμπύλη διαβητικοῦ τύπου, ἡ στεατόρ- ροια ξεπερνάει τά 10 gr. τό 24ωρο, ἡ δοκιμασία τῆς ραδιενερ- γοῦ τριολεΐνης δείχνει πλημμελή ἀπορρόφησή της. Στόν καθε- τηριασμό τοῦ 12/λου διαπιστώνεται μειωμένη ἔκκριση παγκρεα- τικοῦ ὑγροῦ.

Ἡ λαπαροσκόπηση παρόλο πού δέν ἀποδίδει παρά ἔμμεσα στοι- χεῖα ἔχει μεγάλη ἀξία, γιατί μπορεῖ νά δείξει ἀπώθηση τοῦ στομάχου ἀπό τόν ὀπισθογαστρικό (παγκρεατικό) ὄγκο, σημεῖα πυλαίας ὑπερτάσεως στήν περιοχή. Μερικές φορές δείχνει ἀκόμα μεταστάσεις περιτοναϊκές ἢ ἡπατικές, πού μπορεῖ νά μὴν εἶναι προσιτές στήν κλινική ἐξέταση.

ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΟΙ ΟΓΚΟΙ ΠΟΥ ΕΚΚΡΙΝΟΥΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ

Αὐτοί ἀναπτύσσονται ἀπό τά κύτταρα τύπου β τοῦ Langerhans. Τό πρῶτο ἀδένωμα τέτοιων κυττάρων περιγράφηκε ἀπό τόν Nichols τό 1962. Ὅλες οἱ ἐκδηλώσεις ὀφείλονται στήν αὐξημένη ἰνσου- λιναιμία.

1. Δειτοϋργικά σημεῖα.

α. Ὑφίστανται μορφές ὅπου οἱ διαταραχές εἶναι μικρές, τέτοιες ὅπως μυϊκή ἀδυναμία, ὑπνηλία, αἰσθησι- πείνας, ἰδρωτεις καί τρόμος, διπλωπία, παραισθησίεσ. Ὅλα τά σημεῖα αὐτά ἔχουν τό χαρακτηριστικό νά εἶναι διαλείποντα.



β. Σ' άλλες μορφές βαριές παρατηρούνται επιπρόσθετα με υϊ-κ ές συσπάσεις, τονικές και κλονικές και, μερικές φορές, γενικευμένες συσπάσεις που στρέφουν την προσοχή σε έπιληψία.

γ. Η διάγνωση πρέπει από τη λήψη του ιστορικού να έχει ήδη προσανατολισθεί προς τη σωστή διάγνωση, αφού όλες οι διαταραχές που περιγράφηκαν, έπέρχονται κατά κριτική αλλά και διαλείπουσα κλινική έκφραση, μόλις τό άτομο παραμένει νηστικό. Κλινικό σημείο ούσιώδες είναι ή έκλεκτική ώρα έπελεύσεως των διαταραχών αυτών στό τέλος του πρωΐνου ή στό τέλος του άπογεύματος. Οι περιγραφείσες διαταραχές υποχωρούν με τη λήψη ζάχαρης, της οποίας οι ανάγκαϊες δόσεις αύξάνουν προοδευτικά.

ε. Σέ παρόμοια λειτουργική κλινική σημειολογία πρέπει, μόλις έκδηλώνονται οι διαταραχές, να προσδιορισθεί τό σάκχαρο του αίματος με προηγούμενη νηστία, όποτε ή τιμή του κυμαίνεται γύρω στό 0,50 gr/l στή στιγμή της κρίσης. Η έπέλευση των διαταραχών σε νηστία, ή ύφεσή τους με τη λήψη σακχαρούχου χυμού, και ή μείωση του σακχάρου του αίματος στή διάρκεια των κρίσεων άποτελούν την κλασσική τριάδα του Whipple.

2. Οι βιολογικές έξετάσεις, οι πιά τρέχουσες που στή διάρκεια της νοσηλείας χρησιμοποιούνται για να δείξουν τίς διαταραχές της ρυθμίσεως του σακχάρου έξαιτίας της υπερινσουλιναϊμίας, είναι ή δοκιμασία της προκλητής υπογλυκαιμίας, με όλες τίς προφυλάξεις που έπιβάλλονται, και που μπορεί να πραγματοποιηθεί άφίνοντας τόν έξεταζόμενο νηστικό ή με τη χορήγηση σουλφοναμιδικών υπογλυκαιμικών σκευασμάτων.

3. Οι άκτινολογικές έξετάσεις δέν άποδεικνύουν πρακτικά ποτέ την ύπαρξη ενός τέτοιου όγκου, ένω ή σπληνοπυλαιογραφία είναι κατά κανόνα φυσιολογική.

4. Στή διάρκεια της χειρουργικής έπεμβάσεως είναι έπιβεβλημένη ή ήπια και προσεκτική ψηλάφηση του παγκρέατος για την άναζήτηση του άδενώματος, που μπορεί να είναι πολύ μικρό, μεγέθους πολλές φορές πυρήνα κερασιού, και ή έντόπισή του συχνά πάρα πολύ δύσκολη και κάποτε άδύνατη.



ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΟΙ ΟΓΚΟΙ ΧΩΡΙΣ ΕΚΚΡΙΣΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ

Οι ένδοκρινείς όγκοι του παγκρέατος πού αναπτύσσονται από τά κύτταρα δχι β μπορούν νά δώσουν τό σύνδρομο τών Zollinger-Ellison. Αυτό χαρακτηρίζεται από πεπτικές έλκώσεις, μέ άτυπη έντόπιση στη 2η ή 3η μοίρα του δωδεκαδακτύλου ή τήν πρώτη έλικά της νήστιδας, καί πού δέν ύπακούουν στη συντηρητική θεραπεία. Συνυπάρχει σημαντική ύπερέκκριση καί ύπεροξύτητα του γαστρικού ύγρου, πού αποδεικνύεται μέ τό νυκτερινό καθετηριασμό του 12/λου. Ή γαστρική ύπερέκκριση του HCL είναι ή αίτία της προκλήσεως τών έλκων. Ό κίνδυνος πού παρουσιάζουν οι ένδοκρινείς αυτοί όγκοι του παγκρέατος συνίσταται στην όξεία εξέλιξη τών πεπτικών έλκώσεων. Πράγματι τά έλκη αυτά δίνουν συχνά σοβαρές αιμορραγίες ή καί ύφίστανται διάτρηση. Άντίθετα ό κίνδυνος από τόν όγκο, παρόλο πού είναι συχνά κακοήθης, είναι μικρότερος, γιατί έχει βραδεία εξέλιξη.

ΨΕΥΔΟΚΥΣΤΕΙΣ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Τά κλινικά σημεία έπικλίσεως αυτών είναι ταυτόσημα μέ τά σημεία πού άφορούν σέ κάθε παγκρεατική βλάβη. Κ λ ι ν ι κ ή έ ξ έ τ α σ η. Τό ούσιώδες σημείο είναι ή ψηλάφηση δ ι ο γ κ ώ σ ε ω ς σ φ α ι ρ ι κ ή ς, μέ έπιγαστρική μέση έντόπιση, πού σέ όρισμένες περιπτώσεις, σέ άδύνατα άτομα, είναι όρατή στην έπισκόπηση. Είναι ψηλαφήσιμη σέ ήπια ή πλάγια κατάκλιση. Ή διόγκωση αυτή, είναι σφαιρική ή ύποστρόγγυλη, έλαστική, όμαλή, μέ περιορισμένη κινητικότητα, έκτός από τίς περιπτώσεις πού έντοπίζεται στην ούρά του παγκρέατος. Στην έπίκρουση, σημείο πού όταν ύπάρχει είναι χ α ρ α κ τ η ρ ι σ τ ι κ ό, είναι ή άνεύρεση δ ι α γ α σ τ ρ ο - κ ο λ ι κ ή ς άμβλύτητας. Οι ψευδοκύστεις αναπτύσσονται μεταξύ δυό σπλάχνων, πού αποδίδουν τυμπανικό ήχο στην έπίκρουση, στό στόμαχο πρός τά πάνω καί τό παχύ έντερο πρός τά κάτω. Σπληνομεγαλία μπορεί νά είναι ψηλαφήσιμη ή έπικρούσιμη όταν ύπάρχει συμπύεση ή άκόμα καί θρόμ-



βωση τῆς σπληνικῆς φλέβας ἀπό τὴν κύστη.

Ἀκτινολογικός ἔλεγχος. Στόν ἀπλό ἀκτινολογικό ἔλεγχο οἱ ἀσβεστώσεις εἶναι σπάνιες, ἐνῶ τὸ περίγραμμα τῆς κύστεως εἶναι μερικές φορές ὀρατό ἀπό τὴν ἀντίθεσή της μέ τούς γειτονικούς ἰστούς. Πρόκειται γιά διόγκωση σαφῶς ἡμισφαιρική. Στὴν ἀπλή ἀκτινογραφία πρέπει ἐπίσης νά ἐκτιμηθεῖ ἡ θέση τοῦ ἀριστεροῦ ἡμιδιαφράγματος πού εἶναι συχνά ἀνυψωμένο, ἡ δυνητική ὑπαρξη ἀτελεκτασίας τῆς βάσεως ἀριστερά ἢ πλευριτικῆς συλλογῆς συχνά μεγάλης.

Ἡ ἀκτινογράφηση μέ βάρος τοῦ στομάχου, τοῦ 12/λου καί τοῦ παχέος ἐντέρου δίνει οὐσιώδη σημεῖα. Ἔτσι δέν παρατηροῦνται ἀνωμαλίες τῶν χειλέων τῶν ὀργάνων πού βρίσκονται σέ ἐπαφή μέ τὴν ψευδοκύστη, ἀλλά μόνο ἔλξη τῶν σπλάχνων, πού σέ τελική ἀνάλυση συμμετέχουν στό σχηματισμό της.

Ἡ σπληνοπυλαιογραφία δείχνει συχνά ἀπώθηση καί σαφή συμπίεση τῆς σπληνικῆς φλέβας, πού εἶναι ἀποπλατυσμένη ἀπό τὴν ὑποστρόγγυλη διόγκωση τῆς ψευδοκύστεως.

Ἐξέλιξη. Σέ ἀπουσία χειρουργικῆς θεραπείας ἡ ψευδοκύστη ἐπιπλέκεται μέ ἐνδοκυστικές αἱμορραγίες καί δυνητική καρκινοματώδη ἐξαλλαγή. Ἡ αἰφνίδια ἐξαφάνιση τῆς κύστεως εἶναι δυνατή, γεγονός πού πρέπει νά ἀποδοθεῖ σέ αὐτόματη ρήξη της σέ κοῖλο σπλάγχνο, καί πού τελικά ἐξασφαλίζεται μέ τόν τρόπο αὐτό, γιά κάμποσο χρόνο, ἡ παροχέτευση της.

Αἰτιολογικές μορφές. Ἀπό τὴν ἀποψη τῆς αἰτιολογίας μπορεῖ νά διακριθοῦν:

— Οἱ ψευδοκύστες πού μπορεῖ νά εἶναι μετατραυματικές ἢ νεκρωτικές. Πρόκειται γιά ἐγκύστωση αἱματώματος μετά ἀπό ὀξεία νεκρωτική ἐντοπισμένη παγκρεατίτιδα.

— Οἱ ἀληθεῖς κύστες, σέ ἀντίθεση μέ τίς ψευδοκύστες, πού εἶναι μονήρεις καί μέ ἐπένδυση ἐπιθηλιακή. Ἡ ἀναπτυξή τους εἶναι πολύ βραδεία, σιωπηλή, προοδευτική. Δυνητική εἶναι ἡ κένωση τους μέσω τοῦ πόρου τοῦ Wirsung στό δωδεκαδάκτυλο.

— Οἱ κακοήθεις κύστες, σέ άτομα κυρίως μεταξύ 50 καί 70 χρόνων, πού εἶναι ἐπιθηλιακές κακοήθεις ἢ κυστικά σαρκώματα καί.

— Οἱ παρασιτικές κύστες, πού πολύ συχνά εἶναι ὕδατιδικές.



Ο Ξ Ε Ι Α Π Α Γ Κ Ρ Ε Α Τ Ι Τ Ι Δ Α

Τό έκλυτικό αίτιο μπορεί νά είναι :

1. Μηχανική λιθιασική απόφραξη τής απόληξεως του πόρου του Wirsung από λίθο πού έχει ένσφηνωθεί είτε στή λήκυθο του Vater, είτε σ'αυτόν τόν ίδιο τόν παγκρεατικό πόρο.
2. Βλάβες τής κύριας ή έπικουρικής χοληφόρου όδοϋ χωρίς απόφραξη τής θηλής του Vater . Πρόκειται γιά άντανεκλαστικό πού άρχίζει από τίς χοληφόρες όδούς καί ιδιαίτερα από τόν αύχένα τής χοληδόχου κύστεως πού προκαλεί υπερτονία του σφιγκτήρα του Oddi καί ιδιαίτερα του ίδιου σφιγκτήρα του πόρου του Wirsung.
3. Όρισμένες δυστονίες νευροφυτικής άρχης από τό κοιλιακό πλέγμα πού προκαλούν σημαντικές άγγειακές διαταραχές στον άδένα καί πού καταλήγουν σέ κυτταρική ισχαιμία , ένω ταυτόχρονα οι διαταραχές του τόνου του ίδιου σφιγκτήρα του πόρου του Wirsung προκαλούν υπέρταση στό δίκτυό του.

Ή έκχυση του παγκρεατικού ύγρου έκτός του έκφορητικού δικτύου αποτελεί τό ούσιώδες γεγονός, κοινό σέ όλες τίς βλάβες τής όξείας παγκρεατίτιδας.

Είσερχεται μέσα στον παγκρεατικό κυτταρικό ιστό, πού βρίσκεται ανάμεσα από τά αδενικά λοβίδια, άθροίζεται σιγά-σιγά κάτω από τήν παγκρεατική κάψα, καί από κεϊ μπορεί νά καταλάβει τόν υποπεριτοναϊκό ιστό, τίς κολικές αύλακες, τό μεσεντέριο καί αύτή άκόμα τήν περιτοναϊκή κοιλότητα.

Τό πιο επικίνδυνο ένζυμο του παγκρεατικού ύγρου είναι ή θ ρ υ ψ ί ν η , χωρίς όμως καί τά άλλα ένζυμά του νά είναι άμελητέα, όπως ή λ ι π ά σ η , ή ά μ υ λ ά σ η , ή έ λ α σ τ ά σ η . Είναι πολύ πιθανό ότι ή θρυψίνη , πού άκόμα βρίσκεται μέσα στα παγκρεατικά άγγεϊα, έχει τήν άνενεργή μορφή του θρυψινογόνου, πού όταν έξαγγειωθεί, ενεργοποιείται, έφόσον υπάρχει ήδη κυτταρική νέκρωση.

Ή διεργασία αύτή, επιδεινώνεται χωρίς διακοπή, άφου ή ενεργοποιημένη πλέον θρυψίνη προσβάλλει τά κύτταρα



καί τά νεκρώνει κ.ο.κ.

Ἡ θρυψίνη, ἐκτός ἀπό τή βιολογική της δράση τῆς ἀποδομῆς τῶν κυττάρων, ἔχει καί χημική, ἀφοῦ διασπᾶ ὀρισμένα λευκώματα σέ πολυπεπτίδια μέ βραχεῖα ἀλυσίδα, ὅπως κατά κύριο λόγο εἶναι ἡ β ρ α δ υ κ ι ν ῖ ν η, πού δρᾷ στόν τόνο τῶν ἀγγείων καί συμβάλλει ἔτσι κατά μεγάλο μέρος στήν ἐκλυση τῶν φαινομένων τοῦ choc.

Ὅρισμένες χημικές οὐσίες, λευκωματικής φύσεως, εἶναι ἱκανές νά ἐξουδετερώσουν τή θρυψίνη, πού στήν παρουσία τους, χάνει τήν πρωτεολυτική της δραστηριότητα, ὅπως εἶναι ἐκχυλίσματα τῆς παρωτίδας ἢ τοῦ παγκρέατος τῶν βοοειδῶν.

Ἀ ν α τ ο μ ι κ ῆ ς β λ ᾶ β ε ς .

1. Ὅξετες παγκρεατίτιδες χωρίς νέκρωση. Μόλις ποσότητα, ἀκόμα καί ἐλάχιστη, παγκρεατικοῦ ὑγροῦ ἐξαγγειωθεῖ, ἀρχίζει νά προκαλεῖται σημαντικό οἴδημα, πού διηθεῖ τήν παγκρεατική περιοχή, τό μεσεντέριο, τόν κυτταρολιπώδη ἴστό, ἐνῶ στήν περιτοναϊκή κοιλότητα σχηματίζεται ἀσκιτικό ὑγρό. Ἡ δραστηριότητα τῆς λιπάσης στό λίπος τοῦ μεσοκόλου, μεσεντερίου καί ἐπίπλου προκαλεῖ τό σχηματισμό κηλίδων στεατονεκρώσεως.

2. Ὅξετες παγκρεατίτιδες μέ νέκρωση. Ἡ νέκρωση τῶν ἰστῶν, φαινόμενο μὴ ἀνατάξιμο, ἔχει τίς ἀκόλουθες, ἰδιαίτερα ἐπικίνδυνες, ἐπιπτώσεις:

α. Ἡ νέκρωση τοῦ παγκρεατικοῦ παρεγχύματος δέν μπορεῖ νά ἀπορροφηθεῖ ἀπό τόν ὄργανισμό πού στή καλύτερη περίπτωση μπορεῖ νά τήν περιχαρακώσει μέ ἰνώδη ἀντίδραση.

β. Ἡ νεκρωμένη περιοχή ἀποτελεῖται ἀπό ἰστούς πού ὀλοκληρωτικά εἶναι ἀποκλεισμένοι ἀπό τήν κυκλοφορία τοῦ αἵματος καί κατά συνέπεια οἱ ἀναστολεῖς τῆς θρυψίνης πού χορηγοῦνται ἐνδοφλεβίως δέν μποροῦν νά φθάσουν στήν ἐπίμαχη αὐτή περιοχή.

γ. Οἱ νεκρωμένοι ἰστοί ἀποτελοῦν τοπικό κίνδυνο σημαντικό, γιατί συνεχῶς ἐνεργοποιοῦν τό θρυψινογόνο σέ θρυψίνη.

δ. Ἡ νεκρωμένη περιοχή ἀποτελεῖ κίνδυνο μέ ἐπιπτώσεις σέ ἀπομακρυσμένα σημεῖα, γιατί πράγματικά ἀπό τήν παγκρεατική περιοχή ἡ ἐνεργοποιημένη θρυψίνη διέρχεται στό αἷμα



καί στό άσκιτικό ύγρό, όποτε ή πρωτεολυτική δραστηριότητά της επί τών λευκωμάτων τοϋ πλάσματος είναι ύπόλογη γιά τήν έμφάνιση βραδυκινίνης, πολυπεπτιδίου πού ένεργεί επί τοϋ τόνου τών άρτηριολίων.

ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΗΣ ΚΡΙΣΕΩΣ.

Αύτή προσβάλλει άτομα, πού πολύ συχνά είναι παχύσαρκα, καί άξιοσημείωτα μετά από βαρύ καί πλούσιο σέ λίπη γεϋμα. Τό σταθερό κλινικό σημείο είναι ο πόνος. Ή σφοδρότητα του είναι σημαντική καί ιδιόμορφη όπως καί ή έντασή του. Έντοπίζεται στό έπιγάστριο στή πλειονότητα τών περιπτώσεων. Οί άκτινοβολίες του είναι πολλαπλές, αλλά κυριαρχοϋν εκείνες πού εκτείνονται στήν περιοχή τοϋ άριστεροϋ υποχονδρίου καί τής ράχης. Ο πόνος συχνά είναι διαξιφιστικός από τό έπιγάστριο πρός τή ράχη, έξελίσσεται χωρίς ύφεση μέ τρόπο πολύ επίμονο, αλλά πού, παρόλα αυτά, μπορεί νά έμφανίζει καί έπιπρόσθετες παροξυσμικές κρίσεις. Διάφορα άλλα κλινικά σημεία μπορεί νά συνοδεϋουν τόν πόνο, όπως είναι τροφώδεις έμετοί άρχικά, ύστερα χολώδεις, συχνά διάρροια μέ πρόσμιξη αίματος καθώς καί συγχυτική κατάσταση μέ άνησυχία καί άγωνία. Ακόμα ο πόνος συνοδεϋεται μέ άγωνία, ιδρώτες καί έπιτάχυνση τοϋ σφυγμοϋ. Παραδόξως υπέρταση είναι πιό συχνή άπ'ό,τι ύπόταση κατά τίς πρώτες ώρες τής κρίσεως. Τέλος πρέπει νά τονισθεϊ ιδιαίτερα ή οίδηματώδης καί υπέρυθρη όψη τοϋ προσώπου.

ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΟΙΛΙΑΣ.

Ή πενιχρότητα τών κλινικών σημείων άπό τήν κοιλιά έρχεται σέ αντίθεση μέ τήν ένταση τοϋ πόνου. Έτσι άνευρίσκειται μόνο έλαφρός μετεωρισμός, κινητικότητα τών κοιλιακών τοιχωμάτων διατηρούμενη, αντίσταση στό έπιγάστριο χωρίς σύσπαση καί τέλος πόνος προκλητός στό έπιγάστριο, στό άριστερό υποχόνδριο καί στή σπονδυλοπλευρική γωνία άριστερά. Ή άνυπαρξία συσπάσεως τών κοιλιακών τοιχωμάτων όπως καί



σημαντικού μετεωρισμού αλλά και ο άνωδυνος δουγλάσιος στη δακτυλική εξέταση από τό όρθό, αποτελοϋν ούσιώδη κλινικά σημεΐα, πού χρησιμεϋουν για τή διαφορική διάγνωση.

Αντίθετα πρέπει νά αναζητοϋνται δυό κλινικά σημεΐα, άποκαλυπτικά τής νόσου έφόσον ύπάρχουν, και πού είναι ή ύπαρξη κυανωτικής περιομφαλικής κηλίδας καθώς και πλευριτική συλλογή άριστερά, πού διαπιστώνεται μέ ύπαμβλύτητα και έλάττωση ή έξαφάνιση τοϋ άναπνευστικού ψιθυρίσματος.

Η άκτινολογική διερεύνηση χωρίς προπαρασκευή σέ όριθια θέση τοϋ έξεταζομένου σημειώνει τήν άπουσία πνευμονοπεριτοναίου, στοιχείου ιδιαίτερα άξιόλογου στη διαφορική διάγνωση μέ τή διάρρηξη κοίλου σπλάγχνου (π.χ. γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους). Άνευρίσκεται αντίθετα συλλογή άέρα στις έντερικές έλικες πού βρίσκονται κοντά στό πάγκρεας, όπως τό δωδεκαδάκτυλο και ή άρχική μοίρα τής νήστιδας. Στην άπλή άκτινογραφία τοϋ θώρακα σημειώνεται συλλογή ύγροϋ στον άριστερό πλευροδιαφραγματικό χώρο.

Βιολογικές έξετάσεις.

Οι έξετάσεις αυτές από τό αίμα δείχνουν αύξημένη άμυλασαιμία, πού ή μετρησή της μπορεί νά γίνει σύμφωνα μέ τή μέθοδο τοϋ Wohlgemuth. Έχει γίνει άποδεκτή σά φυσιολογική τιμή άμυλασαιμίας από 8 ως 32 μονάδες. Η ύπεραμυλασαιμία στις όξεϊτες παγκρεατίτιδες έμφανίζεται μέ μικρή καθυστέρηση, 12 ως 18 ώρων, από τήν άρχή τής κρίσεως, αλλά πού αύξάνει από ώρα σέ ώρα. Στην πράξη σχεδόν πάντοτε κατά τήν διακομιδή τοϋ άρρώστου στό νοσοκομείο ή άμυλασαιμία είναι έγκαταστημένη. Όμως πρέπει νά είναι γνωστό ότι δέν παραμένει σέ ύψηλά επίπεδα περισσότερο από 24 ως τό πολύ 72 ώρες. Η άμυλασαιμία όπως και ή άμυλασοουρία, γεγονότα ούσιώδη, δέν πρέπει νά έρμηνεύονται παρά σέ συσχετισμό πάντοτε μέ τά κλινικά σημεΐα και τίς άπλές άκτινογραφίες τής κοιλιάς. Πηγή διαγνωστικών δυσκολιών αποτελοϋν, όχι τόσο οι ψευδείς χαμηλές τιμές αύτών, πού είναι άσυνήθιστες, όσο αντίθετα οι πιό συχνές ψευδείς αύξημένες γιατί παραγματικά, στά έξωπαγκρεατικά όξεα κοιλιακά σύνδρομα και ιδιαίτερα στις



περιτονίτιδες και στίς έντερικές αποφρακτικές παθήσεις ή άμυλάση είναι αύξημένη. Τέλος έλαφρή λευκοκυττάρωση μέ πολυμορφοπυρήνωση βρίσκεται συχνά καθώς και ύπεργλυκαιμία πού ή βαρύτητά της καθορίζει ανάλογα και τήν πρόγνωση. Τό ίοντόγραμμα του αίματος δείχνει όρισμένες ούσιώδεις τροποποιήσεις στά 75% περίπου τών περιπτώσεων, όπως ύποκαλιαιμία πού είναι σημαντική καθώς και ύπασβεσταιμία, πού είναι σημείο κακής πρόγνώσεως όταν είναι μικρότερη από 60 mg/l., άφου σημαίνει δέσμευση του Ca στίς στεατονεκρώσεις.

Άπό τήν εξέταση τών ούρων ή άμυλασουρία έμφανίζεται σχετικά βραδύτερα άπ'ότι ή ύπεραμυλασαιμία. Άλλά γεγονός ούσιώδες, ή αύξηση τής άμυλάσης στά ούρα διαρκεί περισσότερο άπ'ότι ή ύπεραμυλασαιμία. Καί αύτή μετρεΐται άποκλειστικά μέ μονάδες Wohlgemuth. Μπορεΐ νά γίνει άποδεκτή σαν πραγματική άμυλασουρία ή άνω τών 256 μονάδων τιμή.

Ή σακχαρουρία είναι συχνή και ύπογραμμΐζει τίς διαταραχές τής ίσορροπίας τών ύδατανθράκων.

Συχνά κι άκόμα άπό τήν άρχή τής κρίσεως άνευρίσκονται στοιχεΐα νεφρικής βλάβης στά ούρα, όπως λευκαιματουρία και μικροσκοπική αιματουρία, λευκοκυτάρα, και κύλινδροι.

Ό ήλεκτροκαρδιογραφικός έλεγχος δείχνει διαταραχές τύπου ίσχαιμίας τών στεφανιαίων, γεγονός πού καμιά φορά κάνει δύσκολη τή διαφορική διάγνωση μεταξύ όξείας παγκρεατίτιδας και έμφράγματος του μυοκαρδίου μέ προεξάρχουσα κοιλιακή κλινική σημειολογία.



Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Χ Ι Χ

ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Όπως κάθε τμήμα του έντερικου σωλήνα, τό λεπτό έντερο μπορεί νά παρουσιάσει λειτουργικές βλάβες ή έκδηλώσεις μέ πόνο υς, αιμορραγίες, διαταραχές τής προόδου του περιεχομένου του.

Τά άλγη. Όταν οί επώδυνες διαταραχές έχουν προέλευση τό λεπτό έντερο, τότε έντοπίζονται βασικά στην ύπομφάλια περιοχή τής κοιλιάς, είναι πολύ συχνά άξιοσημείωτα από τήν έντασή τους, συνήθως ο η μ α ν τ ι κ ή, συνοδευόμενα μέ ώχρότητα του προσώπου καί άγωνία. Έπέρχονται κατά κρίσεις, πού διακόπτονται μέ ήρεμία.

Ο ί α ι μ ο ρ ρ α γ ί ε ς. Αύτες δέν έχουν τίποτε τό ιδιαίτερο. Όπως σέ κάθε έντερική ζώνη, μιά αιμορραγία άφθονη έκδηλώνεται μέ τήν άποβολή έρουθροϋ αιματος από τόν πρακτό, ένω μέσης βαρύτητας μέ τή μορφή μέλαινας.

Διαταραχές τής προόδου του έντερικου περιεχομένου. Σέ άπόφραξη του, τά σημεία πού υποδηλώνουν κώλυμα, πού έντοπίζεται στό λεπτό έντερο αναφέρονται στό οίκοτο κεφάλαιο πύ κάτω. Έδώ τονίζεται μόνο ή συχνότητα έγκαταστάσεως έμέτων καί τής προσβολής τής γενικής κατάστασης.

Σέ διάρροιας καί έτσι χαρακτηρίζονται κενώσεις ή κένωση όχι φυσιολογικά ύδαρης, πρέπει νά προσδιοριστεί τό μέτρο τής ένοχής του λεπτού έντέρου. Επίσης όπωσδήποτε πρέπει νά προσδιοριστεί άν πρόκειται για διάρροια μέ ή χωρίς στεατόρροια, γεγονός πού διαπιστώνεται μέ τήν έπισκόπηση τών κενώσεων καί τόν προσδιορισμό τών λιπών καί τήν άναζήτηση λιπαρών όξέων στά κόπρανα.

Η γενική κατάσταση τέλος μπορεί νά είναι σοβαρά έπηρεασμένη στή διάσρκεια τών συνδρόμων τής δυσσπορραψέως, στά όποια τό λεπτό έντερο είναι συχνά ό κύριος ύπόλογος.

Π α ρ α κ λ ι ν ι κ έ ς έ ξ ε τ ά σ ε ι ς.

Στή γαστρεντερολογία οί παρακλινικές έξετάσεις, προοριζόμενες για τήν έρευνα του λεπτού έντέρου καί τών λειτουργιών του πρακτικά πάντοτε έκτελούνται στην ύπαρξη διαρροϊκοϋ συνδρόμου. Πρέπει έτσι στην πρόσδο αίτων νά σημειωθούν: Η έπιβεβαίωση ότι τό παχύ έντερο δέν ένοχοποιείται για τίς διάρροιας, νά έκτιμηθεί ή δυναμική συσχέτιση



μεταξύ διαταραχών και βλαβών του στομάχου και του παγκρέατος και τέλος να διερευνηθεί άμεσα αυτό τουτο τό λεπτό έντερο.

1. Ἡ ἀπουσία ἐνοχῆς τοῦ παχέος ἐντέρου: πρέπει νά ἀποκλειστοῦν οἱ ψευδεῖς διάρροιες, ἡ ἀποβολή δηλαδή κόπρανων ἀνακατεμένων μέ ἀφθονα ὑγρά ἀπό τήν ἐκκρίση τοῦ παχέος ἐντέρου, σύνδρομο πού συνοδεύει συχνά τόν ἐρεθισμό τοῦ βλεννογόνου του. Νά ἀποκλειστοῦν ἐπίσης οἱ διάρροιες ἀπό ὑπερκινητικότητα τοῦ παχέος ἐντέρου, ὅποτε τά ἀποβαλλόμενα κόπρανα ἔχουν σύσταση παρεμφερή μέ τό περιεχόμενο τοῦ τυφλοῦ. Ἐκεῖ ὑπερτεροῦν πράγματι ἡ κυτταρίνη, τό ἄμυλο κ.λ.π.

2. Ἀποκλεισμός ὑπάρξεως γαστρικῶν ἢ παγκρεατικῶν διαταραχῶν. Οἱ γαστρικές διαταραχές μέ τήν ἀναζήτηση παθολογικῶς τροποποιημένης ὀξύτητας, ὅποτε πρόκειται γιά διάρροιες ἀπό ὑπερχλωροδρία, μέ ἀπ' αὐτό τό γεγονός ἐρεθισμό τοῦ λεπτοῦ ἐντέρου.

Ἡ παγκρεατική ἀνεπάρκεια: ἐλέγχεται μέ τόν καθετηριασμό τοῦ δωδεκαδοκτύλου και τήν ἐγχυση σεκρετίνης και παγκρεοζυμίνης και τή δοκιμασία τῆς τριολεΐνης σεσημασμένης μέ ραδιενεργό ἰώδιο. Ὄταν ἡ δοκιμασία αὐτή εἶναι θετική, ἀποδεικνύει τήν ἀπουσία ὑδρολύσεως τῶν λιπῶν ἀπό τήν παγκρεατική λιπάση και συνηγορεῖ τότε γιά διάρροια ἀπό πλημμελή παγκρεατική ἐκκρίση, δηλαδή διάρροια ἀπό κακή πέψη και ὄχι ἀπό δυσασπορόωση.

3. Ἀμεση διερεύνηση τοῦ λεπτοῦ ἐντέρου.

Ἡ χορήγηση ἀπό τό στόμα και παρακολούθηση δείκτη ἀπό κιννάβαροι, και ἡ σημείωση τῆς ἄρας ἐμφάνισέως του στά κόπρανα. Ἡ πρώιμη ἐμφάνισή του λιγότερο ἀπό 18 ἡρες, συνηγορεῖ γιά βλεννογόνο τοῦ λεπτοῦ ἐντέρου, πού ἀνατομικά και λειτουργικά μπορεῖ νά εἶναι φυσιολογικός, ἀλλά πού δέν εἶχε τό χρόνο νά συμπληρώσει τήν ἀπορροφητική του δραστηριότητα.

Βιοψία τοῦ λεπτοῦ ἐντέρου: Χρησιμοποιεῖται γι' αὐτή καθετήρας πού λειτουργεῖ μέ τήν ἀρχή τῆς ἀναρρόωσης και ἐκτομῆς. Στό ἄκρο του ὑπάρχει ἕνα πλάγιο τρῆμα και ἀπό κεῖ εἰσάγεται ἡ "λαβίδα" πού κόβει τό τμήμα τοῦ βλεννογόνου πού εἰσέχει μέσα στήν ὀπή τοῦ ὄργάνου. Ἐπιτρέπει τήν ἱστολογική μελέτη τοῦ βλεννογόνου τοῦ λεπτοῦ. Τέλος ὑπάρχουν ἄλλες δοκιμασίες, ὅπως εἶναι ὁ καθετηριασμός τοῦ λεπτοῦ ἐντέρου μέ τόν καθετήρα τοῦ Eudel γιά βακτηριολογική μελέτη ἡ δοκιμασία τοῦ ἐλαϊκοῦ ὀξέος σεσημασμένου ραδιενεργῶς κ.λ.π.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ἐξέταση χωρίς προπαρασκευή (ἀπλή) .

Οἱ ἀκτινογραφίες πρέπει νά λαμβάνονται σέ ὀρθία θέση. Φυσιολογικά ὑπάρχουν διάχυτες διαφάνειες, ἀπό ἀέρια στήν περιοχή τοῦ εἰλεοῦ, χωρίς ὀρατό ἐπίπεδο ὑγρῶν. Οἱ φασαλλίδες, συλλογές



άερα πού φαίνονται συχνά είναι ολιγάριθμες. Αν υπάρχει κάλυμμα, τότε η εικόνα της απόφραξης πού ενδιαφέρει τό λεπτό έντερο, έχει τά χαρακτηριστικά πολλαπλά όριζόντια ύδραερικά έπίπεδα, πού όταν έξετάζεται ό άρρωστος σέ όρθια θέση τό ένα έπικάθεται του άλλου (έπάλληλα).

Έλεγχος του λεπτού εντέρου μέ λήψη άπό τό στόμα σκιαγραφικού διαλύματος. Η χορήγηση του βαρίου γίνεται μέ κατάπωση, είτε μέ χορήγηση σέ μικρή ποσότητα μέ τή βοήθεια καθετήρα έντός του δωδεκαδοκτύλου. Μέ τή μέθοδο αυτή μπορεί νά παρακολουθηθεΐ προσθευτικά ό βλωμός του βαρίου χωρίς νά παρεμποδίζεται από τίς αναδιπλωμένες έντερικές έλικες. Λαμβάνονται πολλαπλές άκτινογραφίες κατά όμαλά διαστήματα, όπως επίσης και σέ παρουσία παθολογικών εικόπων. Έκλεκτική άρτηριογραφία της άνω μεσεντερίου άρτηρίας. Σήμερα πρόκειται για έξέταση πού εύκολα χρησιμοποιεΐται και πού δίνει άκριβείς πληροφορίες για τήν άγγείωση του λεπτού εντέρου. Καθετήρας εισάγεται από τήν μηριαία άρτηρία και όδηγείται στήν έκφυση της άνω μεσεντερίου άρτηρίας, όπου γίνεται ή έγχυση του σκιαγραφικού διαλύματος. Στίς πλάγιες άκτινογραφίες αναζητεΐται στήν έκφυση της άρτηρίας, άδυναμιά της στένωση, υπεύθυνη για τήν πλημμελή άγγείωση του εντέρου. Στίς άκτινογραφίες κατά μέτωπο αναζητούνται μία ή περισσότερες στενώσεις του στελέχους της άνω μεσεντερίου άρτηρίας και στό επίπεδο των τελικών κλάδων κατανομή άνάμωλη, ή όποία μπορεί νά υποδηλώνει τήν ύπαρξη όγκου.

ΕΝΤΕΡΟΜΕΣΕΝΤΕΡΙΚΟ ΕΜΦΡΑΚΤΟ

Στήν τυπική του μορφή πρόκειται για όξύ σύνδρομο κοιλιακό, από τά πιο δραματικά αλλά και από τά πιο δύσκολα στή διάγνωση. Πρόκειται για μία αίφνίδια άποδιοργάνωση της μεσεντερικής κυκλοφορίας. Τό έμφρακτο άνατομικώς συνίσταται σέ μαζική διήθηση αίματος στό τοίχωμα μιας ή περισσότερων έντερικών έλικών. Η διήθηση ύφίσταται και στό μεσεντέριο, αλλά σέ βαθμό πιο μικρό. Οι άνατομικές βλάβες, ύπόλογες για τό έμφρακτο του εντέρου, είναι ή άρτηριακή άπόφραξη (θρόμβωση ή έμβολή), ή φλεβική άπόφραξη: φλεβική θρόμβωση. Όποιαδήποτε και άν είναι ή αίτία της διήθησης, ή συνέπεια είναι μία: τό βίωσιμότης έντερικής έλικας είναι άκρίβολο. Ό σφάκελος, δηλαδή ή νέκρωση μέ διάτρηση της έντερικής έλικας, και ή περιτονίτιδα είναι οι συνέπειες στήν μεγάλη πλειονότητα περιπτώσεων του μεσεντερικού έμφράκτου.

Σημειολογία: Η ένωση είναι γενικά σφοδρή, βραχύ χρό-



νικό διάστημα μετά τό γεύμα. Τά ά λ γ η είναι πολύ συχνά έν τ ο ν α, αλλά ά σ τ α θ ή. Ύφίστανται πράγματι βαριά έμφρακτα έντερο-μεσεντερικά ά ν ώ δ υ ν α. Οί έ μ ε τ ο ί αποτελούν δεύτερο κλινικό σημείο σημαντικό και πρακτικά είναι σ τ α θ ε ρ ο ί. Ταχύτατα έγκοαδίσταται κατάσταση c h o c, πού χαρακτηρίζεται από προσβολή κι αλλοίωση τών χαρακτηριστικών του προσώπου, όξεία μύτη, άκρα ψυχρά, ταχυκαρδία, σταθερή, σφυγμό μαλακό, αρτηριακή πίεση χαμηλή και διαφορική επίσης μειωμένη. Στην έπισκόπηση ή κοιλιά είναι μ ε τ ε ω ρ ι σ μ έ ν η δ ι ά χ υ τ α, χωρίς περισταλισμό. Άκροαστικώς ο ύ δ ε ί ς έν τ ε ρ ι κ ό ς ή χ ο ς άκούγεται. Στην ψηλάφηση ύφίσταται ά λ γ ο ς, δύσκολα όμως προσδιοριζόμενο τοπικά. Μερικές φορές ψηλαφάται δ ι ό γ κ ω σ η μ α λ θ α κ ή, καλά άφροισζόμενη προς τά κάτω, έ π ώ δ υ ν η. Ή διόγκωση αυτή δίνει ά μ β λ ύ τ η τ α κι έρχεται σέ αντίθεση μέ τόν μετεωρισμό τής ύπόλοιπης κοιλιάς. Άναζητείται μέ τό έρωτηματολόγιο μ έ λ α ι ν α κ έ ν ω σ η ή διαπιστώνεται αυτή μέ τή δοκτυλική έξέταση. Στίς άπλές άκτινογραφίες σέ όρθια θέση άναδεικνύονται εικόνες π ο λ λ α π λ ω ν ύ δ ρ ο α ε ρ ι κ ω ν δ ι ά χ υ τ ω ν έ π ι π έ δ ω ν, σέ αντίθεση μέ μιά ζώνη πού είναι π ο λ ύ σ κ ο τ ε ι ν ή και πού ανταποκρίνεται στην περιοχή του έμφράκτου.

Ή διάγνωση τής όξείας αυτής χειρουργικής κοιλιάς είναι έξαιρετικά δύσκολο νά τεθεϊ μέ βεβαιότητα. Μπορεί νά καταστεϊ όμως πιθανή μέ βάση: τήν κατάσταση του c h o c, τήν άπόφραξη του έντέρου χ ω ρ ί ς έν τ ε ρ ι κ ο ύ ς ή χ ο υ ς, τήν παρουσία μάζας ζυμώδους μέ άμβλύτητα στην επίκρουση. Ύποβοθητικά σημεία είναι ή ύπαρξη στό παρελθόν ά λ γ ω ν μετά τή λήψη γεύματος σέ άτομο μέ άγγειακές (άθροματώδεις) έκδηλώσεις. Σέ όρισμένες περιπτώσεις ή άορτογραφία άναδεικνύει θρομβωτικές ή άθροματώδεις βλάβες τής άνω μεσεντερίου άρτηρίας. Ή ύπαρξη κ α ρ δ ι ο π ά θ ε ι α ς έ μ β ο λ ο γ ό ν ο υ, όπως ή στένωση τής μιτροειδούς βαλβίδας, συνηγορεί για τό έντερομεσεντερικό έμφρακτο, όπως και ή ύπαρξη θρομβοφλεβίτιδας.

ΣΥΣΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΛΕΙΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ή συστραφή γίνεται από τόν μ ε σ ε ν τ ε ρ ι κ ό ά ξ ο ν α ενός τμήματος ή όλόκληρου του λεπτού έντέρου. Στό νεογέννητο ή συστραφή είναι συκασμένη γενικά μέ ά ν ω μ α λ ί ε ς του μεσεντερίου (κοινό μεσεντέριο). Πρόκειται για τήν π ρ ω τ ο π α θ ή σ υ σ τ ρ ο φ ή πού ή κλινική εικόνα της είναι άνάλογη μέ τήν αντίστοιχη τής στενώσεως του άδεκαδοκτύλου. (ξκ. 85, 86)

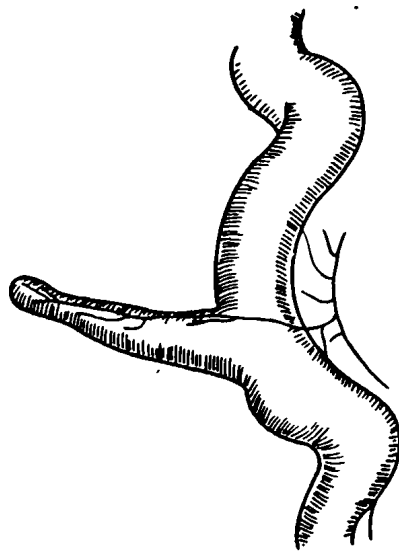
Στόν ένήλικα ή συστραφή είναι συνήθως δ ε υ τ ε ρ ο π α θ ή ς σέ κώλυμα έντερικό. Πρόκειται για καρδές περιτοναϊκές, επίκτητες ή συ-



γενείς, γιά έγκόλπωμα του Meckel κ.λ.π., γιά κωλύματα ένδοαυλικά όπως λίθος τής χοληδόχου κύστεως, όγκοι του λεπτού έντέρου, καλοήθεις ή κακοήθεις. Ή έλικα πού έχει περιστραφεί έμφανίζει στην άρχή φλεβική στήσαση και στή συνέχεια άρτηριακή ίσχαιμία. Προοδευτικά έξελίσσεται πρós τήν όριστική νέκρωση. Ή κλινική σημειολογία τής όλικής ή μερικής συστραφής τής έλικας χαρακτηρίζεται από τή σφοδρότητα και τό αίωνίδιο τής έγκαταστάσέως της. Λειτουργικά σημεία: πόνος βαθύς, όπισθοομφαλικός, ιδιαίτερα σφοδρός. Έμετοί, τραΐδες και μετά χολώδες, άναστολή τής άποβολής άερίων και κοπράνων. Γενικά σημεία: Ταχεία προσβολή τής γενικής καταστάσέως: όψη πάσχυτος, σφυγμός ταχύς, πτώση τής άρτηριακής πιέσεως. Φυσικά σημεία: Γενική παραμόρφωση και όμαλή τής κοιλιάς με μετεωρισμό, άμετάβλητη, και άπουσία έντερικών ήχων. Πρόκειται γιά τό σημείο του von Wahl.

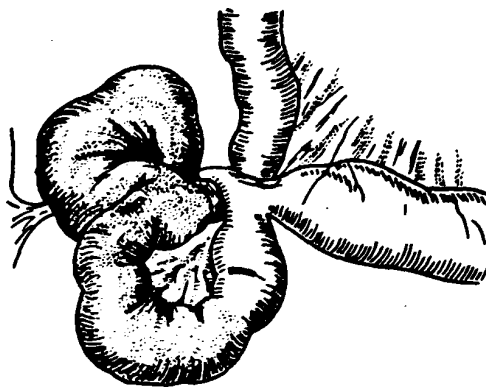
Στήν ψηλάφηση βρίσκειται διόγκωση ύπόσκληρη στην περιομφαλική περιοχή, πού είναι έπώδυνη. Μπορεί όκόμη νά διαπιστωθεί τοιχωματική αντίσταση στην ίδια περιοχή.

Ό θάνατος έρχεται γρήγορα άν δέν έκτελεστεί χειρουργική επέμβαση. Χωρίς αύτή ή έξέλιξη όδηγεί στην ταχεία προσβολή τής γενικής κατάστασης και σέ μή άνατάξιμο όθος, σέ συσχέτιση πάντοτε με τήν περιτονίτιδα πού άφείλεται στή ρήξη τής συστραφείσας έλικας στην περιτοναϊκή κοιλότητα.



Σχ. 85 Απόφυση του Meckel





Σχ. 86 Στραγγαλισμός έλικας του λεπτού έντερου
σέ σύμπτωση από φλεγμονή της έπόφυσης
του Meckel.

ΔΙΑΤΡΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

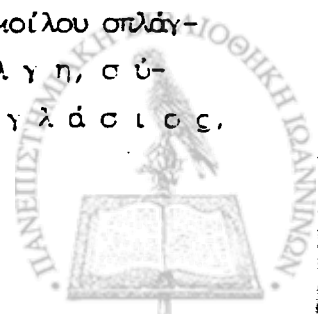
Αυτές προκαλούν στο μέγιστο τών περιπτώσεων γενικευμένη περιτονίτιδα (βλέπε τό σχετικό κεφάλαιο).

ΑΙΤΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΗΣΕΩΝ

- α) Τό λεπτό έντερο μπορεί νέ είναι ή έδρα τραυματικῶν διατρήσεων: είτε από τραύματα τής κοιλιάς είτε από κλειστή σύνθλιψη αύτης.
- β) Οί αυτόματες ρήξεις μπορεί νά προκληθούν από έλκος του λεπτού έντερου, τύφο, διάτρηση έκκολώματος του Meckel καί τέλος διάτρηση άπλοϋ έκκολώματος.

ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΗΣΕΩΣ

Στήν πλειονότητα τών περιπτώσεων ή κλινική σημειολογία είναι ή τυπική μιᾶς περιτονίτιδας από διάτρηση κοίλου σπλάγχνου στήν έλεύθερη περιτοναϊκή κοιλότητα: Σφοδρά άλγη, σύσπαση τών κοιλιακῶν τοιχωμάτων, έπώδυνος δουγλάσιος.



ΠΝΕΥΜΟΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟ.

Σέ ορισμένες περιπτώσεις ή διάγνωση είναι δύσκολη, ιδιαίτερα όταν ή γενική κατάσταση είναι πολύ έπηρεασμένη. Τότε πρέπει νά ληφθεῖ υπόψη: ή επίδεικωση όλων τών γενικών σημείων πού προϋπήρχαν, ό μετεωρισμός τής κοιλιάς, καί ή αναζήτηση πνευμοπεριτοναίου μέ τήν ακτινολογική εξέταση.

ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Αυτοί αποτελοῦν πάθηση αρκετά σπάνια.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

Έντερικές αιμορραγίες: ανάλογα μέ τήν ποσότητά τους, έξωτερικεύονται μέ τή μορφή μέλαινας ή μέ σκοτεινόχρωμο έρυθρό χρώμα.

Διαταραχές τής προόδου τοῦ έντερικοῦ περιεχομένου: μπορεῖ νά άφοροῦν σέ διάρροια ή αντίθετα σέ δυσκοιλιότητα. Διάρροια καί δυσκοιλιότητα μπορεῖ νά έναλλάσσονται. Διαταραχές άτελοῦς άπάραξης τοῦ έντέρου μπορεῖ νά έγκατασταθοῦν καί τότε νά συνθέτουν τό σύνδρομο τοῦ Koepig: (αἴσθηση μετεωρισμοῦ, μέ άναστολή τής άποβολής άερίων καί άλγη παροξυσμικά, προοδευτική επίταση τών σημείων αὐτῶν στό μέγιστο καί στή συνέχεια άποκατάσταση τής κινητικότητας μέ άποβολή άφθονων κυρίως άερίων)

Αίφνίδια καί φευγαλέα έρυθρότητα τοῦ προσώπου, μέ αἴσθηση θερμότητας, άρείλει νά στρέψει τήν προσοχή στήν ύπαρξη ιδιόμορφου όγκου τοῦ λεπτοῦ έντέρου μέ πιθανές ήπατικές μεταστάσεις (καρκινοειδεῖς).

Γενικά σημεῖα.

Γρήγορη προσβολή τής γενικής κατάστασης είναι ύποπτο σημεῖο υπέρ τής καλοθείας στή διαγνωστική σημειολογία. Συνεχής πυρετική κίνηση έχει τήν ίδια αὐτή άξία. Όποσδήποτε ή άσθενικότητα, ή προοδευτική άναίμια, καί τό άδυνάτισμα είναι συχνά σημεῖα στίς περιπτώσεις αὐτές.

Φυσικά σημεῖα.

Συχνά ή φυσική εξέταση τής κοιλιάς είναι άρνητική γιά παθολογικά εύρήματα. Μερικές φορές όμως στήν έπισκόπηση μπορεῖ νά φανοῦν περισταλτικά κύματα τοῦ λεπτοῦ έντέρου, σχετικά άσαφή έφόσον δέν υφίσταται άπάραξη.

Η ψηλάφηση ή μερικές φορές ή κολπική εξέταση επιτρέπουν νά γίνει αἴσθητή μάζα, αλλά τοῦτο είναι αρκετά σπάνιο. Η σημαντική κινητικότητα τής μάζας αὐτῆς, πού μπορεῖ νά μετακινηθεῖ κατά τόν έγ-



κάρσιο καί τόν κώθετο άξονα, είναι σημαντικό κλινικό σημεΐο ύπέρ τής διαγνώσεως όγκου τού λεπτού έντέρου. Ή αναζήτηση άδενοπάθειας τών έπιχαρίων μεσεντερικών λεμφαδένων, έπιτυγχάνεται ιδιαίτερα μέ τή βαΐιά ψηλάφηση τής κοιλιάς.

Μέ τήν ψηλάφηση καί τήν έπίκρουση προσδιορίζεται τέλος ή κατάσταση τού ήπατος, έδρα δυνητικών μεταστάσεων, όπως καί ή παρουσία άσκήτη, πού μπορεί νά είναι σημεΐο κακοήθειας. ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ. Μ' αυτή πολύ συχνά διαπιστώνεται ή καθυστέρηση στήν πρόοδο τού έντερικού περιεχομένου. Στήν είλεοκολική βαλβίδα δέν φθάνει παρά μετά από άρκετό χρονικό διάστημα από τό φυσιολογικό, πού είναι 5-6 ώρες. Είναι συνηθισμένη ή άνεύρεση διατεταμένης έντερικής ζώνης, κεντρικότερα από τήν ύποπτη περιοχή, όπου άπεικονίζεται στενωμένη έλικα, άμέσως κάτω από τή διατεταμένη, τήν όποία τό βαριούχο διάλυμα διέρχεται μέ δυσκολία. Άντίθετα είναι πολύ σπάνιο νά μπορέσει νά βρεθεΐ άκτινολογική είκόνα, πού σέ συσχέτιση μέ τόν όγκο, νά έχει τά στοιχεΐα τού έλλειμματος καί τού έγκολεασμοϋ.

Άκριβώς γιατί υπάρχουν τόσες πολλές σύμπτωτες δυσκολίες καί δέν υπάρχουν παθολογικά άκτινολογικά σημεΐα, όταν έλέγχεται μέ βάρος τό λεπτό έντερο, γι' αυτό σήμερα προτιμάται ή έκλεκτική άρτηριογραφία τής άνω μεσεντερίου άρτηρίας καί τών κλάδων τής. Μ' αυτή αναλύονται λεπτομερειακά οί άνωμαλίες τής άγγειώσεως, ιδιαίτερα αυτές πού άφείλονται σέ όγκους όπως: ύπερβολική άγγειώση τού όγκου, πού γίνεται όρατή στόν τριχοειδικό χρόνο τής άγγειογραφίας, ή αντίθετα σέ περιπτώσεις όγκου μέ πτωχή άγγειώση, πού άπωθεΐ καί τροποποιεί τή φυσιολογική πορεία παρακειμένων άγγείων.

Σέ όρισμένες περιπτώσεις τέλος κατορθώνεται ή έμμεση έπισκόπηση τού όγκου μέ τή λαπαροσκόπηση.

Έξέλιξη. Αυτόματα αυτή οδηγείται προς τίς έπιπλοκές: μεταστάσεις τών κοικοήθων όγκων, πού μπορεί νά άποτελούν άποκαλυπτικό σημεΐο άκόμη καί ύποκλινικών όγκων, διατρήσεις, σπάνιες βέβαια, πού δίνουν είκόνα όξείας περιτονίτιδας, όξεία άπόφραξη από συστροφή ή ιδιαίτερα από έγκολεασμό, πού κλασσικά σέ ένήλικα θεωρείται πάντοτε δευτεροπαθής καί άφείλεται βασικά στόν όγκο.

Κλινικές μορφές.

Μπορεί νά διακριθοϋν σχηματικά διάφορες ανατομικολινικές ποικιλίες.

α) Καλοήθεις όγκοι.

Τά άδενώματα, πού αναπτύσσονται από τά άδενικά κύτταρα τού βλεννογόνου. Μερικές φορές χαρακτηρίζονται σαν πολύποδες όταν



έχουν και μίσηο.

Τό σύνδρομο του Peutz-Jeghers, σέ νέο συνήθως άτομο 10-14 χρονών, πού χαρακτηρίζεται από πεπτικές αιμορραγίες, στιγματώση (στοματική κοιλότητα, δάκτυλα, χέρια, πόδια) και πολύποδες, οι οποίοι έντοπίζονται συχνά στή νήστιδα.

Τά ίνώματα ή ίνομύματα πού άναπτύσσονται από τήν βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα.

Τά λειομύματα, υποβλεννογόνια και έπορογόνια. Πιό σπάνια είναι τά άγγειώματα και τά λεμφοαγγειώματα, τά λιπώματα. Τά νευρινώματα τέιος πού άναπτύσσονται από νευρικά στοιχεία του έντερικού τοιχώματος και πού μπορεί νά είναι μεμονωμένα ή αντίθετα πολλαπλά και συνυπάρχοντα στέ πλαίσιο νευροϊνωματώσεως του v. Recklinghausen.

Η ένδομητρίωση είναι δυνατή: έντερική έντόπιση στοιχείων έκτόπων του ένδομητρίου. Σημειώνονται κλασσικά μέλαινες πού συνυπάρχουν μέ τήν έμμηνη ρύση.

Πολύ σπάνιες είναι οι κύστεις, πού λέγονται έντεροειδεϊς και στήν πραγματικότητα είναι παραεντερικές, δηλαδή κρέμονται από τό άντιμεσεντερικό χείλος του έντέρου. Η σύστασή τους είναι όμοια μέ του έντερικού τοιχώματος.

Κακοήθεις όγκοι.

Πρωτοπαθεϊς κακοήθεις όγκοι: Τά έπιθηλιώματα από κυλινδρικό άδενικό έπιθήλιο, άναπτυσσόμενα από τους βλεννογόνιους αδένες.

Τά σαρκώματα, άποτελούμενα από άτρακτοειδή κύτταρα.

Τά λεμφοσαρκώματα πού είναι και τά πιο συχνά. Μπορεί μακροσκοπικά νά έχουν τή μορφή όγκου ή αντίθετα τή μορφή τοιχωματικής διήθησης.

Οι κακοήθεις αύτοί όγκοι διηθοούν ταχύτητα τό λεμφικό σύστημα και τίς άλυσίδες των λεμφογαγγλίων.

Δευτεροπαθεϊς καρκίνοι του έντέρου. Μπορεί νά άναπτυχθούν μέ άφρετηρία καρκίνο του στομάχου, του παχέος έντέρου, του παγκρέατος, των ώθηκων. Οι καρκινικές βλάβες άναπτύσσονται στό μεσεντερικό χείλος του λεπτού έντέρου πολύ συχνά, καταλαμβάνουν προοδευτικά τόν αύλό του, άφού διηθούν σιγά σιγά τό τοίχωμα.

ΚΑΡΚΙΝΟΕΙΔΗ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Πρόκειται για όγκους υποκίτρινους, άλλοτε όζώδεις, καιιά φορά έλκωμένους, άλλοτε πολυποειδεϊς ή έκβλαστικούς, πού έντοπίζονται στον υποβλεννογόνο, κατά προτίμηση της είλεστοφυλικής περιοχής, αλλά πού μπορούν νά προσβάλλουν



οποιαδήποτε περιοχή του λεπτού έντέρου και όχι σπάνια με πολλαπλές έντοπίσεις. Οι όγκοι αυτοί, τὰ καρκινώματα ή αναπτύσσονται από τὰ άργυρόφιλα κύτταρα του Kultschitzky - Masson, κι έκκρίνουν τή σεροτονίνη ή 5-ύδροξυτριπταμίνη. Κλινικώς ο όγκος μπορεί νά εύθύνεται για αίματηρές διαρροϊκές κενώσεις, άδυναμία, και άπόφραξη του λεπτού έντέρου, όταν προσλαμβάνει σημαντικό μέγεθος.

Μπορεί νά παραμείνουν για μακρό χρόνο καλοήθεις, πλην όμως αναφέρεται κακοήθης έξαλλαγή πού οδηγεί σε ήπατικές μεταστάσεις, πού εκφράζονται με τήν έξαάνιση του συνδρόμου του Biörck: Συμφορήση του προσώπου και βλάβες ένδοκαρδιακές της δεξιάς καρδιάς.

ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ Crohn.

Πρόκειται για κοκκιωματώδη πάθηση όχι είδική της τελικής μοίρας του είλεου άγνωστης αίτιολογίας, στην οποία ο Crohn, πού τήν περιέγραψε τό 1932, απέδωσε έξέλιξη σε τρεις φάσεις: όξεία, ύποξεία, χρόνια, με μία έντονη τάση στις ύποτροπές και τή συρριγγοποίηση.

Είναι γνωστό σήμερα ότι, έκτός από τήν έντόπιση αυτή, από τήν οποία και ο όρος τελική είλεΐτιδα, ή λοιπή μοίρα του λεπτού έντέρου μπορεί νά προσβληθεί, γι' αυτό και ο όρος περιολική έντερΐτιδα άντικατέστησε τόν προηγούμενο. Άκόμη είναι γνωστή σήμερα ή συχνότητα των έντοπίσεων της νόσου στο παχύ έντερο όπως και ή πιο σπάνια προσβολή του δωδεκαδοκτύλου, του στομάχου και του οισοράγου.

Στά 80% περίπου των περιπτώσεων ή έξαρση της νόσου είναι βραδεία και σιωπηλή. Η πρώτη έκδήλωση συνήθως είναι μία ή περισσότερες έπεισοδιακές διάρροίες, πού ύστερα γίνονται συνεχείς και συνοδεύονται από συνηθισμένα κοιλιακά άλγη, ενώ έξκαθίσταται μία κάποια προσβολή της γενικής κατάστασης. Σε όρισμένες περιπτώσεις με τήν ψηλάωση στο δεξιό λαγόνιο βόδρο άποκαλύπτεται διόγκωση έπιμήκης, ύπόσκληρη, έπωδυνη, σημείο ιδιαίτερα χρήσιμο στη διάγνωση. Οι διάρροίες διαρκούν μήνες και καμιά φορά χρόνια κι ο άρρωστος έχει ξεχάσει, όχι σπάνια, τή χρονολογία έξάρξής τους. Τελικά έξκαθίζονται τὰ στενωτικά σημεία του έντέρου. Οι διάρροίες είναι όμοιογενείς, δέν περιέχουν κατ'άρχήν πύον, ούτε αίμα ούτε βλέννες, προκαλούν συχνά αίσθηση καύσου κατά τόν πρωτό και καμιά φορά κνησμό



του δακτυλίου. Συνοδεύονται μέ ποικίλα άλγη, ιδιαίτερα στό δεξιό λαγόνιο βόθρο, καμιά φορά στόν άριστερό, δαρυϊκά, ύπογαστρικά κι άκόμη έπιγαστρικά. Τά άλγη μπορεί νά έκδηλώνονται με τά τό γεϋμα και νά υποχωροϋν μέ τίς κενώσεις. Συνήθη στήν άρχή, έχουν βραδύτερα τήν τάση προοδευτικά νά έντοπίζονται και κατά τό μέτρο τής στενωτικής διεργασίας, νά ολοκληρωθοϋν στό έγκαθιστάμενο, πολύ συχνά άτελές παρά τυπικό, σύνδρομο του Koenig.

Τό άδυνατισμα μπορεί νά είναι σημαντικό και νά εγκατασταθεϊ γρήγορα. Ό πυρετός είναι γενικά ήπιος, μέτριος.

Η φυσική εξέταση τής κοιλιάς μπορεί νά είναι άρνητική για παθολογικά εύρήματα. Άλλοϋ ύφίστανται μέτρια ύποπτα σημεϊα, μετεωρισμός, εύαισθησία του δεξιού λαγονίου βόθρου. Πιό ένδιαφέρουσα είναι ή ύπαρξη ούλης άπό σκληροειδεκτομή, όταν προηγήθηκε κατά μερικούς μήνες, πού άφείλει νά έπισύρει τήν προσοχή. Καμιά φορά ψηλαφάται στό δεξιό λαγόνιο βόθρο ή πάσχουσα έντερική έλικα, όπου προσλαμβάνει διάφορους χαρακτήρες, όπως μορφή λουκάνικου, μάζας εύπίεστης ζυμώδους, σκληρής, διατεταμένης, άνώμαλης, έπώδυνης, καθηλωμένης και συχνά ψηλαφούμενης μέ τήν κολπική εξέταση.

Στήν τελευταία έξελεκτική φάση άναφαίνονται συρίγγια, πού είναι τό άποτέλεσμα ένδοτοιχωματικών ή περιελλεακων άποστημάτων, στά όποϊα πρέπει νά άποδοθεϊ ό συνεχής πυρετός και ή μεγάλη λευκοκυττάρωση. Τά συρίγγια μπορεί νά είναι έξωτερικά στό κοιλιακό τοίχωμα ή περιορθικά, μονήρη ή πολλαπλά. Τά έσωτερικά συρίγγια μπορεί νά είναι είλεοκολπικά ή είλεοκυστικά μέ σημεϊα τότε κυστίτιδας, αίματουρία μαζί μέ άποβολή κοπράνων. Μπορεϊ άκόμα νά είναι είλεοειλικά, και νά έκδηλώνονται μέ έπίταση τής διάρροιας και ταχεία και έκδηλη έλάττωση τής θρέψης.

Συνοδοί κλινικές έκδηλώσεις άσταδώς συνυπάρχουν, όπως:

Άπό τίς άρθρώσεις μέ τή μορφή περιφερικής όλιγοαρθρίτιδας,

άπό τό δέρμα ούσιωδώς πύιδεις δερματίτιδες και έρυθήματα, άπό τούς άφθαλμους ίρίτιδα, κερατοειδίτιδα, ίριδοκυκλίτιδα κ.τ.τ. πού μπορεί νά προηγηθοϋν τών πεπτικών έκδηλώσεων.



ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΑΠΟΦΡΑΞΗ

Ἡ ἐντερικὴ ἀπόφραξη καθορίζεται ὡς ἡ διακοπὴ πολὺ ἢ λιγότερο πλήρους τῆς προόδου τοῦ ἐντερικοῦ περιεχομένου. Ἡ ἐντερικὴ ἀπόφραξη δὲν εἶναι νόσος ἀλλὰ σὺνδρομο πού ἀφείλεται σέ πολλαπλά αἷτια. Ἀποτελεῖ ἓνα ἀπὸ τὰ ἐπείγοντα χειρουργικὰ προβλήματα, μέ μεγάλες δυσκολίες ὄχι μόνο θεραπευτικές ἀλλὰ καὶ διαγνωστικές, λαμβανομένης ὑπόψης τῆς πολυμορφίας τῆς σημειολογίας.

Δύο τύποι ἀπόφραξης διακρίνονται μέ βάση τὸ μηχανισμό της: οἱ λειτουργικέσ "ἀποφράξεις" ἀπὸ σπασμὸ ἢ παράλυση τοῦ ἐντέρου καὶ οἱ μηχανικέσ, συνκρασμένες μέ ὀργανικὸ κώλυμα.

Ἀναφορικὰ μέ τίς φλεγμονώδεισ ἀποφράξεισ ὁ μηχανισμὸς τους ἄλλοτε ἀφορᾷ στίς λειτουργικέσ κι ἄλλοτε στίς μηχανικέσ, πολὺ συχνά ὅμως καὶ στίς δύο.

ΤΟ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Αὐτὸ χαρακτηρίζεται ἀπὸ τέσσερα οὐσιώδη κλινικὰ σημεῖα: τρία σημεῖα λειτουργικά: πόνος, ἔμετοί, ἀναστολὴ ἀποβολῆς ἀερίων καὶ κοπράνων καὶ ἓνα φυσικὸ σημεῖο: ὁ μετεωρισμὸς τῆς κοιλιᾶς.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

Ο ΠΟΝΟΣ. Εἶναι τὸ πρῶτο χρονολογικὸ σημεῖο. Ἡ ἐναρξὴ του εἶναι πολὺ συχνά σφοδρὴ, καμιά φορά ὅμως βραδεία. Προοδευτικὰ αὐξάνεται σέ ἐνταση, μεταβάλλεται ἐντόπιση, γι' αὐτὸ εἶναι ἰδιαίτερα χρήσιμο νὰ σημειωθεῖ μέ ἀκρίβεια ἡ ἀσχικὴ ἐντόπιση, ἔχει χαρακτῆρα παροξυσμικό, ἐξελίσσεται μέ κρίσεισ κωλικοῦ ποικίλης ἐντασης, πού χωρίζονται μέ μεσοδιαστήματα ἡρεμίας.

ΕΜΕΤΟΙ. Εἶναι σημεῖο ἀντανεκλαστικό, σταθερό, ἀλλὰ συχνά μεταγενέστερο, πού μερικέσ φορές ὑποκαθίσταται ἀπὸ ἀπλή ναυτία. Ἀρχικὰ τροφώδεισ καὶ μετὰ χολώδεισ γίνονται κοπρανοειδεῖσ μετὰ ἀπὸ πάροδο ἄλλοτε ἄλλου χρονικοῦ διαστήματος. Πολὺ συχνά συνοδεύονται μέ γαστρικὴ δυσανεξία, πού εἶναι ἀπόλυτη, γι' αὐτὸ κάθε λήψη ὑγροῦ ἢ στερεᾶς τροφῆς, ἀποβάλλεται ἄμεσα μ' αὐτούς.

ΑΝΑΣΤΟΛΗ ΑΠΟΒΟΛΗΣ ΑΕΡΙΩΝ ΚΑΙ ΚΟΠΡΑΝΩΝ. Εἶναι τὸ βασικότερο



κλινικό σημείο, καθοριστικό του αποφρακτικού συνδρόμου, με μόνο μειονέκτημα τη σχετικά δύσκολη εκτίμησή του στην άρχή. Ἡ ἀναστολή ἀποβολῆς κοπράνων καμιά φορά στην άρχή κρύβεται από την κενότητα του υποκειμένου τῆς βλάβης τμήματος του έντέρου, ενώ ἡ ἀναστολή ἀποβολῆς τῶν αερίων εἶναι τό πιό π ρ ώ ῖ μ ο σημείο, τό πιό σ τ α θ ε ρ ό αλλά καί τό πιό δύσκολο νά προσδιοριστεῖ.

ΦΥΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

Ὁ μετεωρισμός τῆς κοιλιᾶς. Πρόκειται γιά αὔξηση του μεγέθους τῆς κοιλιᾶς ποικίλης μορφολογίας: συχνά ἀφορᾶ σ' ὀ λ ό - κ λ η ρ η τήν κοιλιά, ἄλλοτε εἶναι ἐ ν τ ο π ι σ μ έ ν ο ς στό μέσο της, στην περιωμφαλική περιοχή, στό ἕνα πλάγιό της κ.λ.π.

Ἡ κοιλιά μπορεῖ νά μήν ἀναπνεύει, καί τά τοιχώματά της νά εἶναι ἀκίνητα, ενώ ἄλλες φορές εἶναι ὀρατά περισταλτικά κύματα, ἰδιαίτερα στίς παροξυσμικές ἐπίδυνες κρίσεις. Τά κοιλιακά τοιχώματα εἶναι μαλακά, ἐλαστικά καί ἐπωδυνα στην ψηλάφηση, χωρίς σύσπαση. Στην ἐπίκρουση ἀποδίδεται τυμπανικός ἤχος καί στην ἀκρόαση ὕδροαεριοί μετὰ λ λ ι κ ο ῖ ἤ χ ο ι. Ἡ δοκτυλική ἐξέταση από τόν κόλπο καί τό ὄρθό συνήθως δέν δείχνει παθολογικά εὐρήματα.

Στό σύνολο τους τά τέσσερα αὐτά σημεία ἀρκοῦν γιά τήν ἐπιβεβαίωση τῆς διάγνωσης. Ὅμως συμβαίνει νά μήν ἔχουν πάντοτε τόση σαφήνεια, γι' αὐτό ἐπιβάλλεται νά ἀναζητοῦνται καί ἄλλες ἀνωμαλίες.

ΓΕΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

Τό προσωπεῖο, ἡ γλώσσα, ὁ σφυγμός, ἡ θερμοκρασία πρέπει νά ἐξετάζονται ὄχι τόσο γιά νά ἐπιβεβαιωθεῖ ἡ διάγνωση, ἀλλά κυρίως γιά νά ὑποβοηθηθεῖ ὁ προσδιορισμός του μηχανισμοῦ τῆς ἀπόφραξης καί νά ἐκτιμηθεῖ ἡ ἀπήχησή του στή γενική οἰκονομία του ὄργανισμοῦ.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

Ἡ τεχνική τῆς ἀκτινολογικῆς ἐξέτασης πρέπει νά εἶναι ἀκριβής:

1. Ἀκτινογραφίες τῆς κοιλιᾶς, χωρίς προπαρασκευή, λαμβανόμενες σέ ὀρθία θέση καί κατά μέτωπο, σέ θέση ἑαπλωμένη του ἀρρώστου, πλάγια καί κατά μέτωπο, καί τέλος σέ πλάγια κατακλιση δεξιά καί ἀριστερά.
2. Βαρουῦχος ὑποκλισμός: χορήγηση βαρουῦχου διαλύματος ὑπό χαμηλή πίεση καί παρακολούθηση στην ὁδόνη τῆς βαθμιαίας προσόδου του διαλύματος.

Ἀποτελέσματα:

1. Ἀκτινογραφίες χωρίς προπαρασκευή: Αὐτές ἀναδεικνύουν τό οἰσιζδες



οιτινολογικό στοιχείο πού επιβεβαιώνει τή διάγνωση, τ ά ύ δ ρ α ε ρ ι -
κ ά έ π ί π ε δ α, πού διατίθενται έ π ά λ λ η λ α, και τών οποίων
προσδιορίζεται ή μ ο ρ φ ο λ ο γ ί α, δ ά ρ ι θ μ ό ς, ή θ : έ σ η.
2. Ό βαρυούχος υποκλυσμός έπιτρέπει τό διαχωρισμό τών ύδραερικών έπι-
πέδων του λεπτού έντέρου από άποφροκτικά κωλύματα του παχέος.

ΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

Κ ο ι ν ά σέ όλες τίσ άποφράξεις, έχουν ποικίλη ένταση. Έχουν
πρωταρχική σημασία όχι τόσο για τή διάγνωση όσο βασικά για τήν άνάνη-
ψη και τή θεραπεία. Τά σημεία αυτά είναι ή ά μ ε σ η σ υ ν έ π ε ι α
των τοπικών βλαβών. Πράγματι τά υγρά και άέρια πού συγκεντρώνονται στίς
έντερικές έλικες τίσ υπερκείμενες του κωλύματος, τίσ δ ι α τ ε ί ν ο υ ν,
μέ άποτέλεσμα βλάβες του νευρικού συστήματος του τοιχώματός των, από
όπου ή π α ρ ά λ υ σ η και ή ά τ ο ν ί α, πού έπιδεικνώνει τή δ ι ά -
τ α σ η, τίσ τοιχωματικές κ υ κ λ ο φ ο ρ ι α κ έ ς διαταραχές υπό-
λογες για τήν π α θ η τ ι κ ή σ υ μ φ ό ρ η σ η, τήν ά ν ο ξ ί α
και τήν τ ο π ι κ ή ί σ χ α τ ι μ ί α.

Οί συνέπειες των τοπικών αυτών βλαβών είναι ή α ύ ξ η σ η τής
διαβατότητας των τριχοειδών μέ άποτέλεσμα τήν έ ξ ω α γ γ ε ι α κ ή
πλασματική διαφυγή. Έτσι έρμηνεύονται οι χ υ μ ι κ έ ς διαταραχές
πού άπαντούν στή διάφκεια των άποφράξεων όπως: α ί μ ο σ υ μ π ύ κ ν ω -
σ η, άπότοκη τής διαφυγής πλάσματος αλλά και των έμετών, πού έρμηνεύ-
εται μέ τήν αύξηση του αιματοκρίτη και των λευκοκυττάρων, ύποχλωραιμία,
ύπωνατριαιμία πιά έκδηλη όταν οι έμετοί είναι άρθονοι, ύποκαλιαίμία,
ύπερλευκωματαιμία, άπότοκη τής αιμοσυμπύκνωσης, ύπεργλυκαιμία μέ άζω-
θαιμία και όξέωση.

Οί διαταραχές αυτές παρατηρούνται σέ ποικίλους βαθμούς, άνάλογα
μέ τήν έξελικτική διάφκεια του συνδρόμου. Τό μόνο σταθερό σημείο είναι
ή άρυδάτωση μέ τίσ πλασματικές διαταραχές.

Χωρίς θεραπεία ή έξέλιξη οδηγεί στην έπιδείνωση. Τά άλγη έπιμένουν
και γίνονται συνεχή, οι έμετοί κοπρανοειδείς, έπαναλαμβάνονται, ή άνα-
στολή τής άποβολής άερίων και κοπράνων είναι άπόλυτη, ή γενική κατάστα-
ση έπιδεικνώνεται ταχύτατα: γ α ι ω δ ε ς προσπεύον, ό ξ ε ί α μ ύ τ η,
όφθαλμοί β α θ ο υ λ ω μ έ ν ο ι, γλώσσα ξ η ρ ή, μικρός σφυγμός
ά ν ώ μ α λ ο ς, χαμηλή άρτηριακή πίεση, άνεσχόμενη θερμοκρασία, ό λ ι -
γ ο υ ρ ί α μέ τάση για άνουρία, δέρμα ξ η ρ ό, πού διατηρεί τίσ πτυ-
χές και πού άποδεικνύει τήν άρυδάτωση.

Ή φυσική έξέταση άποκαλύπτει έντονο μ ε τ ε ω ρ ι σ μ ό τής
κοιλιάς και ή συνήθης έλαστική αντίσταση αυτής έχει έξαφανιστεί. Ή
δακτυλική έξέταση από τό άρθό δείχνει έ π ώ δ υ ν ο δουγλάσιο, πού



μαρτυρεί για την επιπροστιθέμενη περιτονίτιδα, πού είναι απότοκη τῆς έντερικῆς ίσχειμίας.

Οἱ βιολογικὲς ἐξετάσεις ἐπιβεβαιώνουν τίς έντονες ὕδρο-ηλεκτρολυτικὲς διαταραχές.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ

Σύμφωνα μέ τόν τύπο τῆς ἀποφράξεως.

Οἱ μηχανικὲς ἀποφράξεις, πού μπορεῖ νά διακριθοῦν σέ ἐκεῖνες μέ ἀγγειακὲς βλάβες (σύνθλιψη τῶν ἀγγείων, συστροφή τῶν ἀγγείων τοῦ μεσεντερίου καί τοῦ τοιχώματος τοῦ έντέρου) καί στίς ἀποφράξεις χωρίς ἀγγειακὲς βλάβες.

Οἱ λειτουργικὲς ἀποφράξεις, πού ἀντιπαρατίθενται στίς προηγούμενες ἀπό τήν ἀπουσία πραγματικοῦ κωλύματος, πού μπορεῖ νά ἀφείλονται σέ έντερική ἀτονία, σέ ἀντανταλαστικό σπασμό στή διάρκεια διαφόρων παθήσεων.

Οἱ φλεγμονώδεις ἀποφράξεις. Σύμφωνα μέ τό νόμο τοῦ Stokes ἡ φλεγμονή ενός ὀρογόνου ἐπιφέρει παράλυση τοῦ ὑποκειμένου μυϊκοῦ στρώματος. Πρόκειται κατά συνέπεια γιά λειτουργικὲς ἀποφράξεις πού βρίσκονται στή διαδρομὴ ὀξειῶν περιτονίτιδων, σέ σκωληκοειδίτικα ἀποστήματα, τῆς χοληδόχου κύστεως, τῶν ἐξαρτημάτων κ.τ.τ.

Μέ βάση τήν έντόπιση τῆς ἀποφράξεως.

Οἱ ἀποφράξεις τοῦ λεπτοῦ έντέρου χαρακτηρίζονται ἀπό ἀροδρή, αἰφνίδια ἔναρξη, μέ έντονα ἄλγη καί συχνούς παροξυσμούς, συνοδευόμενα μέ πρῶϊμους, ἄφρονους, ἐμετοῦς ἐπαναλαμβανόμενους. Ἡ ἀναστολή τῆς ἀποβολῆς ἀερίων καί κοπράνων εἶναι σχετικὰ ἀσαφῆς στήν ἀρχή. Ὁ μετεωρισμός εἶναι μέτριος, κεντρικός, περιομφαλικός. Ἡ ἀπῆχηση στήν γενική οἰκονομία τοῦ ὄργανισμοῦ εἶναι ταχεῖα καί οἱ ἠλεκτρολυτικὲς διαταραχές σημαντικὲς. Τὰ ὕδραερικὰ ἐπίπεδα στίς ἀκτινογραφίες εἶναι μικρά, πύο πλατιά καί ψηλά, μέ έντόπιση κεντρική ἠσπὴν κάτω κοιλιᾶ, κυκλοτερῆ, μέ τοιχώματα λεπτά, συχνά πολυάριθμα κι ἐπάλληλα.

Οἱ ἀποφράξεις τοῦ παχέος έντέρου, ἀντιτίθενται κλασσικὰ στίς προηγούμενες ἀπό τήν σιωπηλή ἔναρξή τους, πού εἶναι στή συνέχεια προοδευτική. Λεῖπουν οἱ ἐμετοί ἢ εἶναι σπάνιοι καί μεταγενέστεροι, ἀντίθετα ἡ ἀναστολή τῆς ἀποβολῆς ἀερίων καί κοπράνων εἶναι σαφῆς καί πρῶϊμη. Ὁ μετεωρισμός τῆς κοιλιᾶς εἶναι διάχυτος. Ἡ γενική κατάσταση διατηρεῖται ἐπί μακρό καλή. Στίς ἀκτινογραφίες ἀναδεικνύονται ὕδραερικὲς εἰκόνες εὐμεγέθεις, πύο πλατιέες καί ψηλές,



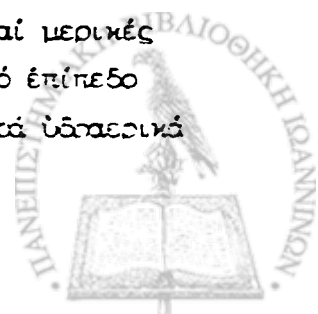
όλιγαριθμές, περιφερικές, με περίγραμμα παχύ, πού διακόπτεται από σχισμές πού δίνουν άμη άδρά κυμελοειδή.

Σύμφωνα με τήν αίτιολογία.

Ή συστροφή του σιγμοειδοῦς. Αύτή προϋποθέτει ανατομικές συνθήκες εύνοϊκές, όπως κινητό, μακρύ σιγμοειδές, δολιχόκολο. Τά άλγη είναι διάχυτα, υπερέχουν στον άριστερό λαγόνιο βόδρο, είναι παροξυσμικά, συνοδεύονται με ναυτία και σπάνια με έμετούς. Ή αναστολή άποβολής άερίων και κοπράνων είναι πλήρης. Οί γενικές έκδηλώσεις διακριτικές στην άρχή, γεγονός πού μπορεί νά παραπλανήρει, έπιδεινώνονται ταχύτατα.

Ή μετεωρισμός είναι τό ούσιῶδες φυσικό σημεῖο. Ή αύξηση του μεγέθους τής κοιλιάς είναι άσύμμετρα, λοξή, άρχίζοντας από τό άριστερό ύποχόνδριο προς τό δεξιό λαγόνιο βόδρο, χωρίς έντερικούς ήχους και περισταλτικά κύματα. Ύφίσταται μά έλαστική αντίσταση στην ψηλάωση και τυμπανισμός στην επίκρουση. Οί άκτινογραφίες χωρίς προπαρασκευή δείχνουν μά πλατιά αερώδη εικόνα, πού άφείλεται στή γιγαντιαία διάταση του σιγμοειδοῦς με δύο ύδραερικά επίπεδα, ένα στό κάθε άκρο του.

Ή συστροφή του άνιόντος κόλου άποτελεῖ σπάνιο ένδεχόμενο, πού έπισημαίνει σε νέα άτομα, κατά προτίμηση άρρενα. Προϋποθέτει ανατομική προδιάθεση: άνώμαλη κινητικότητα του δεξιού παχέος έντέρου από έλαττωματική καθήλωση αυτού, μερική ή όλική. Ή καθοριστικός ύποβοηθητικός παράγοντας είναι ή έντερική διάταση, πού εύνοεῖται από διατροφή με τροχές πλούσιες σε ύπόλειμμα. Ή κλινική έκδήλωση έχει αίφνίδια έμφάνιση. Ή πόνοσ είναι ή πρώτη λειτουργική έκφραση. Είναι έντονοσ από την άρχή, έντοπισμένος στά δεξιά, παροξυσμικόσ. Συνοδεύεται με συχνούσ, άφθονούσ έμετούσ. Ή αναστολή άποβολής άερίων και κοπράνων είναι πλήρης. Στην άρχή ή γενική κατάσταση έτηρεάζεται πολύ λίγο, αλλά σημειώνεται πρώιμα έπιταχυνση του σφυγμού. Στην εξέταση τής κοιλιάς σημειώνεται έντοπισμένη διάταση άσύμμετρα, στην περιοχή του έπιγαστρίου και του όμφαλοῦ, άκίνητη, χωρίς περισταλτικά κύματα. Στην ψηλάωση βρίσκεται έλαστική αντίσταση κατά τή διατεταμένη περιοχή. Ή δεξιόσ λαγόνιοσ βόδροσ είναι κενόσ και καταλαμβάνεται από έλικες του λεπτοῦ έντέρου. Στην επείγουσα άκτινολογική εξέταση (άκτινογραφίες χωρίς προπαρασκευή) βρίσκεται έντονα φατεινή ύποστρόγγυλη ή άφειδής εικόνα με σαφές περίγραμμα και μερικές έντομές άνύμιαλεσ και λίγο βαθιέσ. Καιιά φορά πλατύ ύδραερικό επίπεδο καλύπτει τήν κοιλιά, ενώ ύφίστανται συνήδουσ και πολλαπλά μικρά ύδραερικά



επίπεδα, πού υποδηλώνουν ταυτόχρονη απόφραξη του λεπτού έντέρου.

Νεοπλασμάτα του παχέος έντέρου. Η απόφραξη είναι συνέπεια της εξέλικτικότητας, κλασικά, του καρκίνου του άριστερου μισού του παχέος έντέρου, όπου συχνά αποτελεί και την πρώτη κλασική έκφρασή του. Ο καρκίνος του δεξιού παχέος έντέρου είναι συγκριτικά λιγότερο απόφρακτικός.

Απόφραξη από καρκίνο του άριστερου παχέος έντέρου.

Η έκτασταση του απόφρακτικού συνδρόμου είναι βραδεία και προοδευτική. Τα κοιλιακά άλγη παροξυσμικά, αλλά λίγο έντονα, συνοδεύονται με ναυτία, σαφή επίμονη δυσκοιλιότητα και μέτρια διάταση της κοιλιάς και πού αποτελούν τα πρώτα σημεία.

Ο άρρωστος με πρόσφατο μάλιστα αδυνάτισμα αρχικά δέν άνησχει από τα άλγη αυτά, πού τελικά όμως ή επίμονή τους, ή αύξηση της διάτασης της κοιλιάς και ή πλήρης άναστολή της άποβολής αερίων και κοπράνων, τον οδηγεί στην ίατρική εξέταση. Σ'αυτή άνευρίσκεται μετεωρισμός της κοιλιάς σαφής, διάχυτος είτε κατά τό πλαίσιο του παχέος έντέρου.

Οι άκτινογραφίες χωρίς προπαρασκευή άναδεικνύουν διάταση του δεξιού παχέος έντέρου δεξιά, και ύδραερικά επίπεδα του λεπτού έντέρου, έπάλληλα και διάσπαρτα.

Ο βαρουύχος ύποκλισμός βεβαιώνει την έντόπιση του κωλύματος στό άριστερό παχύ έντερο κι έπιτρέπει τον προσδιορισμό όρισμένων χαρακτηριστων του.

Απόφραξη από καρκίνο του δεξιού παχέος έντέρου. Η έκτασταση του απόφρακτικού συνδρόμου είναι προοδευτική. Τα κοιλιακά άλγη και ή άναστολή της άποβολής αερίων και κοπράνων προηγούνται του μετεωρισμού της κοιλιάς. Στην κλινική εξέταση διαπιστώνεται ό μετεωρισμός, διάχυτος ή κατά τό πλαίσιο του παχέος έντέρου. Σπάνια μπορεί νά ψηλαφηθεϊ όγκος στό δεξιό πλάγιο της κοιλιάς. Οι άκτινογραφίες χωρίς προπαρασκευή άναδεικνύουν λίγες ύδραερικές εικόνες μέ διάταση του λεπτού έντέρου. Ο βαρουύχος ύποκλισμός προσδιορίζει την έντόπιση του κωλύματος στό δεξιό παχύ έντερο.

Οι συστροφές του λεπτού έντέρου. Πρόκειται για άποφράξεις ψηλές μέ στραγγαλισμό των άγγείων. Οι κλινικές εικόνες είναι διάφορες, συχνά άπιαθές. Η έναρξη είναι σφοδρή, μέ έντονα άλγη παροξυσμικά, βαδειά και άκατάσχετους έμετους.

Η άναστολή άποβολής αερίων και κοπράνων έχει λεγάλη άξία, αλλά



είναι δ ψ ι μ ο σ η μ ε ῖ ο. Πολύ γρήγορα ἡ γενική κατάσταση ἐπιτερεύεται. Ὁ μετεωρισμός εἶναι μικρός, περιομφαλικός, ἀσὺμμετρος, τυμπανικός, ἀμετακίνητος. Διαγνωστικὸ ἐνδιαφέρον ἔχει ἡ διαπίστωση ἐντοπισμένης ἀντίστασης στὴν κοιλιά, πού ὑποδεικνύει τὴ συστραφεῖσα ἔλικα. Ἡ δακτυλικὴ ἐξέταση εἶναι ἀρνητικὴ γιὰ παθολογικά εὐρήματα. Ἡ ὀκτιλογικὴ εἰκόνα, στὴν τυπικὴ μορφή της εἶναι σπάνια. Συχνά δίνει πολυἀριθμὰ, ἐπάλληλα ὑδραερικὰ ἐπίπεδα.

Οἱ μετεγχειρητικὲς ἀποφράξεις. Σ' αὐτὲς κλασσικὰ ἀντιπαρατίθενται τρεῖς τύποι, πού σχετίζονται μὲ τὴ χρονολογία ἐκδήλωσης καὶ τὴν προηγηθεῖσα χειρουργικὴ ἐπέμβαση.

Οἱ πρῶτες ἀποφράξεις, πού εἶναι πολὺ συχνὰ μηχανικὲς. Οἱ δευτερογενεῖς ἀποφράξεις, οἱ πιό ἀνησυχητικὲς, καὶ πού μερικὲς εἶναι μηχανικὲς, ὀφειλόμενες στὴ χειρουργικὴ ἐπέμβαση, ἐνῶ ἄλλες εἶναι λειτουργικὲς. Ἡ διάκριση μεταξὺ τῶν δύο κατηγοριῶν εἶναι πάντοτε δύσκολη.

Οἱ ἀπώτερες ἀποφράξεις, πάντοτε μηχανικὲς, πού ὀφείλονται σὲ ἀπόφραξη τοῦ λεπτοῦ ἐντέρου ἀπὸ χορδὲς (παχιὲς συκρῦσεις) ἢ σὲ συστραφὴ ἔλικας γύρω ἀπ' αὐτὲς.



Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο ΧΧΙ

ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΟΥΣ ΑΠΟΦΥΣΕΣ

ΘΕΣΙΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑ

Ὁ ἄρρωστος προσέρχεται γιὰ ἐξέταση ἐξαιτίας λειτουργικῶν σημείων, ὅπως εἶναι ἐντονο κοιλιακό ἄλγος, ἀρκετά αἰφνίδιο, στό δεξιό λαγόνιο βόθρο. Ἐμετοί καί ναυτία καί πού δέν ἀπουσιάζουν συχνά, ὅπως μερική ἀναστολή τῆς ἀποβολῆς ἀερίων μετά τήν ἐναρξη τοῦ πόνου.

Ἄνευρίσκονται ὀρισμένα γενικά σημεία ὅπως πυρετός $37,5^{\circ}$ C μέχρι 38° C καί σχετικά ταχύς σαυγμός γύρω στους 80-100.

Στήν ἐξέταση βρίσκονται:

Γλώσσα ἐπίχριστη.

Στήν ψηλάφηση τῆς κοιλιάς, μέ τούς μηρούς κεκαμένους, διαπιστώνεται εὐαισθησία καί ἐντοπισμένη ἀντίσταση στό δεξιό λαγόνιο βόθρο. Ἡ περιοχή αὐτή ψηλαῖται τελευταία κι ὁ ἄρρωστος ἐκφράζει τότε τό ἄλγος μέ ἀλλοίωση τῶν χαρακτήρων τοῦ προσώπου του, ἐνώ ταυτόχρονα ἐκούσια συσπᾶ ὁλόκληρη τήν κοιλιά. Δέν πρόκειται γιὰ σύσπαση πραγματική, ἀντανεκλαστική, γιατί ἡ πολύ ἥλια ψηλάφηση μπορεῖ νά μὴν τήν προκαλέσει οὔτε καί νά διαπιστώσει καί αὐτή τήν εὐαισθησία ἀκόμη. Τά σημεία αὐτά στό δεξιό λαγόνιο βόθρο βρίσκονται σέ ὅλη τους τήν ἔκφραση στό σημείο τοῦ Mac Burney, πού βρίσκεται στό ὄριο ἔξω καί μέσου τριτημορίου γραμμῆς ἡ ὁποία συνδέει τόν ὀμφαλό μέ τήν πρόσθια ἄνω λαγόνια ὀκανθα. Στήν πράξη πάντοτε ἡ ἐξέταση συνοδεύεται μέ ὀρθική καί κοιλιακή συστηματικά ἐξέταση. Σ' αὐτή μπορεῖ νά βρεθεῖ ἐπίδυνος ὁ δουγλάσιος στό δεξιό πλάγιο. Ἡ χειρουργική ἐπέμβαση πρέπει πάντοτε νά ἐκτελεῖται, γιατί ἡ ἐξέλιξη μιᾶς κρίσεως τέτοιας ὀξείας σκωληκοειδίτιδας εἶναι ἀπόλυτα ἀπρόβλεπτη. (Σ· 87, 88, 89)

ΜΟΡΦΕΣ ΜΕ ΑΒΛΗΧΡΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

1. Τά φλεγμονώδη κλινικά φαινόμενα μπορεῖ νά ἀπουσιάζουν.
2. Στήν ἐξέταση δέν βρίσκεται ἀντίσταση, ὅπως περιγράφηκε, ἀλλά μόνο πόνος προκαλούμενος στό δεξιό λαγόνιο βόθρο. Τά εὐρήματα ἀπό τήν ψηλάφηση τοῦ βόθρου αὐτοῦ εἶναι τότε πιό σαφῆ, ὅταν ὁ ἐξεταζόμενος ἔχει τό κάτω ἄκρο του ἔξω ἀπὸ τό ἐξεταστικό κρεβάτι, τεταμένο κι ἐλαφρῶς πρὸς τό κάτω. Ἐνα στοιχεῖο ἀξιόλογο εἶναι τό σημεῖο τοῦ Ρονσίη: Ὁ ἄρρωστος παραπονεῖται γιὰ σαφές ἄλγος στό δεξιό

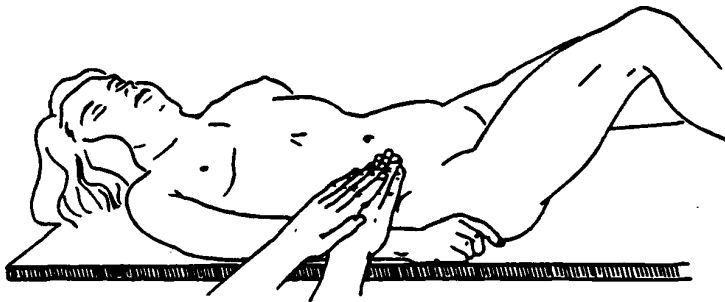


λαγόνιο βόθρο, όταν απότομα πιέζεται τό τοίχωμα του άριστερου λαγονίου βόθρου.

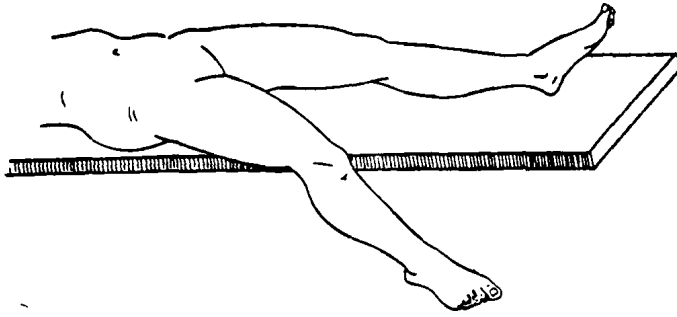
Ή επίμονή του έντοπισμένου άλγους στό λαγόνιο βόθρο επιβάλλει καί τότε τήν έγχείρηση, όκόμη περισσότερο όταν υπάρχει λευκοκυττάρωση καί πολυμορφοπυρήνωση.

Δυό παθήσεις πρέπει νά διαχωριστούν από τήν όξεία σκωληκοειδίτιδα: **Ό κ ω λ ι κ ό ς τ ο υ δ ε ξ ι ο υ ν ε φ ρ ο υ** στόν όποιο ύφίσταται άκτινοβολία του πόνου προς τά κάτω καί αιματοουρία καί οι φλεγμονές των έξαρτημάτων στη γυναίκα (**έ ξ α ρ τ η μ α τ ι τ ι δ ε ς**).

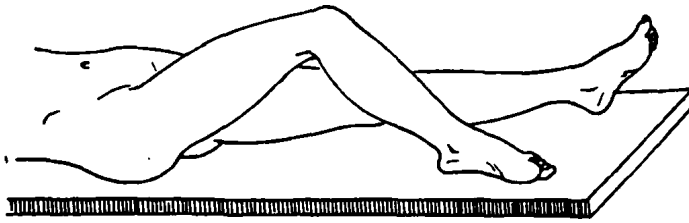
ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ από όξεία σκωληκοειδίτιδα. Αύτή χαρακτηρίζεται από εικόνα γενικευμένης περιτονίτιδας μέ: **ά λ γ ο ς** αίφνίδιο στην άρχή, **έ μ ε τ ο ύ ς**, **σ ύ σ π α σ η** των κοιλιακών τοιχωμάτων, πού προεξάρχει στό δεξιό λαγόνιο βόθρο, **δ ο υ γ λ ά σ ι ο έ π ώ δ υ ν ο** στην δακτυλική εξέταση του όρδου. Πρόκειται για περιτονίτιδα αύτης τής αίτιολογίας γιατί ή μέγιστη έκφραση των σημείων άφορά στό δεξιό λαγόνιο βόθρο καί υπάρχει μόνο μέτριος πυρετός. Μερικές φορές ύφίστανται **δ ι ά ρ ρ ο ι ε ς**, από έρεθισμό του λεπτού έντέρου.



Σχ. 87. Άναπαράσταση του τρόπου ψηλαφήσεως του δεξιού λαγονίου βόθρου. Ό έξεταστής είναι καθιστός καί δεξιά του άρρώστου.



Σχ. 88 Τά αποτελέσματα τής κλινικής εξέτασης είναι πίο σαφή στο δεξιό λαγόνιο βόθρο όταν ό εξεταζόμενος έχει τή θέση του σχήματος .



Σχ. 89 Στή θέση ατή ό μπίτης μύς είναι περισσότερο χαλαρωμένος .

ΟΞΕΙΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑ ΣΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ ΣΤΑΔΙΟ

Έντοπισμένη περιτονίτιδα μέ plastron (σκωληκοειδιτικός πλαιοῦς).

Αύτή παρατηρεΐται σέ άρρωστο μέ όξεία σκωληκοειδίτιδα πού δέν χειρουργήθηκε έγκαιρα κι έξελίσσεται από μερικές ήμέρες. Από τό ιστορικό διαπιστώνεται ότι ή όξεία κρίση άφέθηκε έσφαλμένα νά υποχωρήσει, όπότε τό άλγος παραμένει, είναι βύθιο και ταυτόχρονα έγκαθίσταται μερική άναστολή τής προόδου του έντερικου περιεχομένου. Ό πυρετός έξακολουθεΐ νά ύφίσταται μέ τάση άνόδου.

Στήν ψηλάφηση του δεξιού λαγονίου βόθρου βρίσκειται έπωδυνη περιοχή μέ ζυμώδη μέτρια διόγκωση, στήν όποία συμμετέχει και τό τοίχωμα. Τά όριά της είναι άσαφή, άφού είναι διάχυτη, είναι έπωδυνη, μέ άνισότιμη αντίσταση. Ό κάτω πόλος της μερικές φορές μπορεί νά ψηλαφηθεΐ μέ τήν δακτυλική από τό όρθό εξέταση. Ή υπόλοιπη κοιλιά μπορεί νά είναι μαλακή και άνώδυνη, παρόλο πού συχνά είναι αντίθετα ευαίσθητη και λίγο έπωδυνη. Σέ τέτοιες περιπτώσεις πρέπει νά παρακολουθεΐται ή εξέλιξη κάτω από συντηρητική θεραπεία, πού μπορεί νά οδηγήσει στήν ύφεση ή αντίθετα στήν ανάπτυξη πυώδους συλλογής, πού έχει δύσκολη διάγνωση αλλά πού είναι ούσιώδης για τή θεραπευτική τακτική. Αύτή θά βασιστεί: στον έντονο πόνο, περιορισμένο στό πρόσδιο κοιλιακό τοίχωμα όπου ύφίσταται και οίδημα, στή νέα άνοδο τής θερμο-



κρίσιμης και τή λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρήνωση πού α ύ ξ ά ν ε -
τ α ι. Όχι σπάνια βρίσκεται αντίστοιχα κ λ υ δ α σ μ ό ς. Ή έξω-
περιτοναϊκή κατά τό δυνατόν παροχέτευση τής πυώδους αύτής συλλογής εί-
ναι έπιβεβλημένη, γιατί διαφορετικά δέν άπαφεύγεται ή δ ι -
α σ π ο ρ ά τ η ς σ τήν περιτοναϊκή κοιλότητα ή ή δ ι ά ν ο ι ε ξ ή
της στό έντερο.

Γενικευμένη περιτονίτιδα δευτεροπαθής
άπό όξεία σκωληκοειδίτιδα.

Μεταξύ τών μορφών αύτών σέ προχωρημένο εξέλικτικό στάδιο, ύφί-
στανται όξεϊτες κλινικές εικόνες όπως:

α) Περιτονίτιδα προσδευτικά διαχεόμενης:
ή τοπική αντίσταση αντικαθίσταται άπό σύσπαση γενικευμέ-
ν η τών κοιλιακών τοιχωμάτων, ό δουγλάσιος είναι έπώδυνος. Ή
χειρουργική επέμβαση είναι έπείγουσα παρά τήν προσβολή τής γενικής κατά-
στασης.

β) Περιτονίτιδα σέ δύο χρόνους: άπό τό ιστορικό
διαπιστώνεται κρίση όξείας σκωληκοειδίτιδας, πού προηγήθηκε
κατά μερικές ήμέρες.

Μετά τό έπεισόδιο αύτό άκολουθεϊ ή ρεμία, σχεδόν πλήρης,
όπότε αίφνίδια έγκαθίστανται διάχυτα περιτοναϊκά
σημεία μέ ταχύ έπηρεασμό τής γενικής κατάστασης. Οί δευτεροπαθεϊς αύτές
γενικευμένες περιτονίτιδες έχουν σοβαρή πρόγνωση, και παρατηρούνται σέ
άτομα έξασθενημένα άπό τή φλεγμονώδη έστία πού ήδη εξέλισσεται άπό
άφοκετές ήμέρες.

Οί μετεγχειρητικές επιπλοκές σ' αύτές τίς περιπτώσεις είναι πολλα-
πλές.



ΓΕΝΙΚΗ ΣΗΜΕΙΩΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

1. Διαταραχές τῆς προόδου τοῦ περιεχομένου του.

Ἡ φυσιολογική πρόοδος τοῦ ἐντερικοῦ περιεχομένου συνοπάγεται τὴν καθημερινή ἀποβολή μαλακῶν κοπράνων, φυσιολογικά χρωματισμένων ἀπὸ στοιχεῖα χολῆς.

Ἡ δυσκοιλιότητα, ἰδίως αὐτή πού ἔχει πρόσφατη ἐγκατάσταση, ἀρεῖλει νά στρέψει τὴν προσοχή σέ πάθηση τοῦ παχέος ἐντέρου.

Ὁμοίως ἡ διάρροια, μόνη τῆς ἢ σέ ἐναλλαγές μέ δυσκοιλιότητα.

2. Τά ἀλγῆ.

Αὐτά μπορεῖ νά εἶναι ἐντοπισμένα, ἐδραζόμενα σέ ὄλο τό πλαίσιο τοῦ παχέος ἐντέρου ἢ μόνον σέ ὀρισμένα τμήματά του ὅπως: τό τυφλό, δηλαδή στό δεξιό λαγόνιο βόδρο, τό σιγμοειδέες, δηλαδή στόν ἀριστερό λαγόνιο βόδρο κ.λ.π.

Τά ἀλγῆ μπορεῖ νά συνοδεύουν τίς διαταραχές προόδου τοῦ ἐντερικοῦ περιεχομένου, συνθέτοντας κατὰ συνέπεια τότε μιὰ πραγματική "κολική κρίση".

Ἡ κρίση αὐτή χαρακτηρίζεται ἀπὸ ἀλγος κατὰ τό πλαίσιο τοῦ παχέος ἐντέρου, πού ἐναλλάσσεται μέ περιόδους ὕφεσης.

Ἐτσι τό ἀλγος ἐπαναλαμβάνεται ἀνά 15 ὡς 20 πίν. καί γιά μερικές ὥρες.

Διαταραχές τῆς προόδου τοῦ ἐντερικοῦ περιεχομένου συνθέτουν διακριτικό, ἤπιον ἀποφρακτικό σύνδρομο: ὁ ἀρρωστος δέν ἀποβάλλει ἀέρια· οὔτε ἔχει κενώσεις ὅσο διαρκοῦν τά ἀλγῆ.

Αἰφνίδια ὑποχώρηση τῶν ἀλγῶν ἐπιδηλώνεται μετὰ μερικές ὥρες μέ ἀποβολή ἀερίων πού μερικές φορές συνοδεύονται μέ κόπρανα.

3. Παθολογικές ἐκκρίσεις.

Αὐτές μπορεῖ νά εἶναι βλεννώδεις, πυώδεις ἐκκρίσεις, ἀλλά καί κατὰ κύριο λόγο αἱμορραγίες, πού μπορεῖ νά ἐξωτερικεύονται εἴτε μέ ἀνάμιξη κοπράνων καί αἵματος, σκούρου χράματος, πού μοιάζει μέ μέλαινα, εἴτε ἀντίθετα μέ ἀποβολή αἵματος ζωηρῶς ἐρυθροῦ. Πρέπει τότε νά ἐξακριβωθεῖ ἀν ἡ αἱμορραγία εἶναι ἀνεξάρτητη ἀπὸ τίς κενώσεις ἢ ἀντίθετα ἀν ἐπέρχεται κατὰ τὴν ἀφῶδευση, ὅποτε τό αἷμα εἶναι ἀνοικατεμένο μέ τά κόπρανα.



4. Άποβολή αερίων σέ πολύ μεγάλη συχνότητα.

Τούτο αποτελεί επίσης σημεῖον κωλικῆς διαταραχῆς.

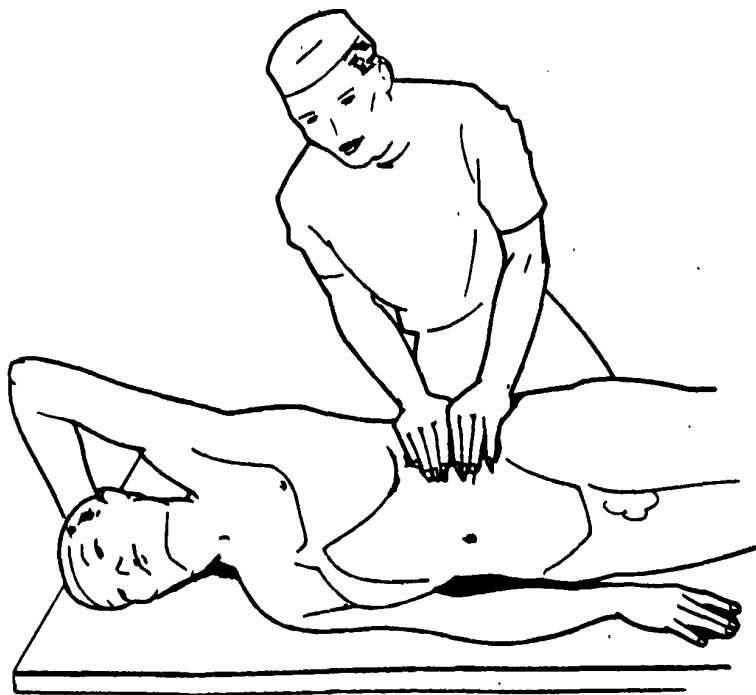
ΓΕΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ.

Ἄκόμα κι ἂν εἶναι ἐμφανῆ καί μεμονωμένα, ὀρισμένα γενικά σημεῖα ἀρεῖλων νά στρέψουν τή σκέψη στήν κολική προέλευσή τους ὅπως: ἀδυναμία, ἀσθενικότητα, ἀνορεξία, ἀναιμία, πρόσφατης ἐγκατάστασης.

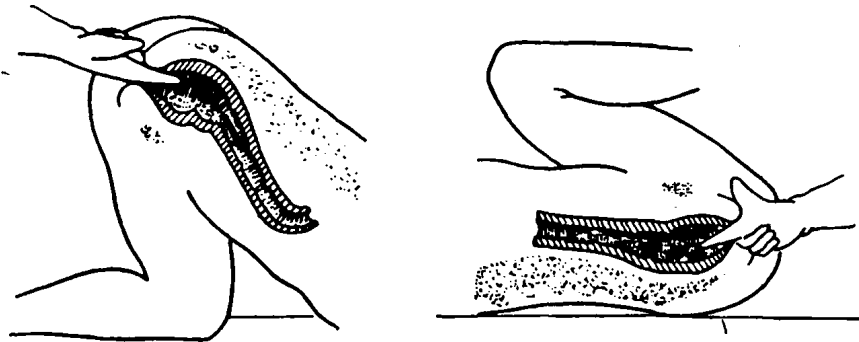
ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Ἡ ἐπισκόπηση τῆς κοιλίᾳς πρέπει νά γίνεται συστηματικά. Πρέπει νά ἐξετάζεται ἄσχηκά χωρίς νά κινεῖται καί στή συνέχεια κατά τήν διάρκεια τῶν ἀναπνευστικῶν κινήσεων.

Ἐστέρα ἀπό ἐλαφρό ἐρεθισμό τῶν κοιλιακῶν τοιχωμάτων, ἀναζητοῦνται περισταλτικά κύματα, ὁρατά κάτω ἀπό τό κοιλιακό τοίχωμα. Ἀναζητεῖται ἐπίσης μέ τήν ἐπισκόπηση κάθε ἐμφανῆς διάταξη κατά τό πλαίσιο τοῦ παχέος ἐντέρου, γενικευμένη ἢ περιορισμένη σέ μιά μοῖρα αὐτοῦ, ὅπως στό δεξιό λαγόνιο βόθρο, στόν ἀριστερό κ.λ.π.



Σχ. 90. Ψηλάφηση τοῦ κοιλίου.



Σχ. 91. Δακτυλική εξέταση από τό όρθό.

Ἡ ψηλάφηση γίνεται στὸν ἐξεταζόμενο σὲ ἡ π τ ι α κατὰ κ λ ι σ η μὲ τὰ δύο χέρια πού εἶναι ἀπλωμένα. Γίνεται ἐπίσης στήν ἀριστερή πλάγια κατὰ κ λ ι σ η, μὲ τὸ δεξιό μὲρὸ σὲ ὑ π ε ρ ἔ κ τ α σ η, ὅποτε ἐλέγχεται τὸ δεξιό παχύ ἔντερο, μεταξύ τῶν ἐπιφανειακῶν στρωμάτων τοῦ φοῖτη μῦος, πού βρίσκεται ὑπὸ τάση ἀπὸ τὴν ἔκταση τοῦ μηροῦ. Ἡ μάζα τοῦ λεπτοῦ ἔντερου πέφτει πρὸς τὰ ἀριστερά. Ὁ ἐξετάζων βρίσκεται ἀπὸ τὴν πλευρά τῆς ράχως τοῦ ἐξεταζομένου. Ὁ ἴδιος ἀκριβῶς τρόπος καὶ πρακτικὴ ἀκολουθεῖται ἀπὸ τὴν ἄλλη πλευρά γιὰ τὴν ἐξέταση τοῦ ἀριστεροῦ παχέος ἔντερου. (Σχ. 90)

Ἡ ἐ π ἰ κ ρ ο υ σ η τῆς κοιλιάς δίνει τὴν τ υ μ π α ν ι κ ὴ τ ῆ τ α τοῦ δεξιοῦ καὶ ἀριστεροῦ παχέος ἔντερου στοὺς ἀντίστοιχους βόθρους.

Ἐπίσης ἐκτὸς ἀπὸ τὴν περίπτωση ἀπάραξης, εἶναι πρωταρχικό μὲ τὴν ψηλάφηση καὶ τὴν ἐπίκρουση νὰ προσδιορίζεται ἂν τὸ τυφλό εἶναι διατεταμένο ἢ φυσιολογικό.

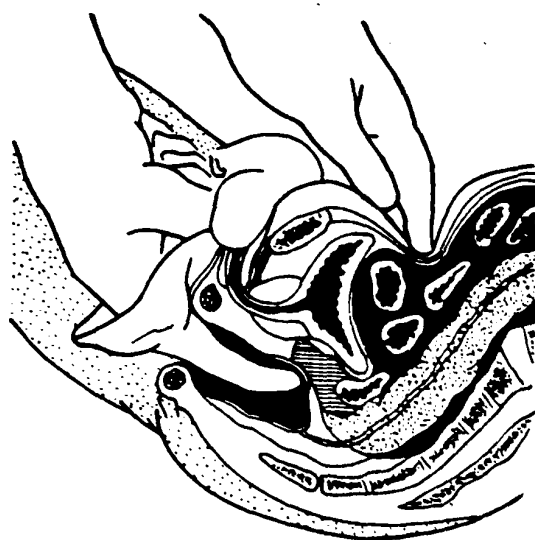
Ἡ ἀ κ ρ ὸ α σ ῆ τῆς κοιλιάς δὲν χρησιμοποιεῖται ἀρκετά. Κι ὅμως αὐτὴ ἔχει ἰδιαίτερα σοβαρὸ ἐνδιαφέρον καὶ πρέπει νὰ ἐξασκεῖται. Μπορεῖ γι' αὐτὸ νὰ χρησιμοποιηθεῖ κοινὸ στηθοσκόπιο, μὲ τὴν ἐλαφρὴ ἐπίθεση τῆς μεμβράνης τοῦ ἀκουστικοῦ του στό δέρμα τῆς κοιλιάς. Ἡ ἀκρόαση ἐπιτρέπει νὰ γίνουν ἀντιληπτοὶ οἱ φυσιολογικοὶ ἦχοι τῆς προόδου τοῦ ἐντερικοῦ περιεχομένου, πού εἶναι περίπου ἓνας ἦχος ἀνά 10 sec. Μερικὲς φορές γίνονται ἀντιληπτοὶ ἦχοι π ο μ φ ο λ υ γ ῶ δ ε ι ς, ἐπιπλέον ἀκούμενοι, πού ἀποδίδονται σὲ δίοδο τοῦ περιεχομένου ἀπὸ στενωμένη μάζα



του έντέρου.

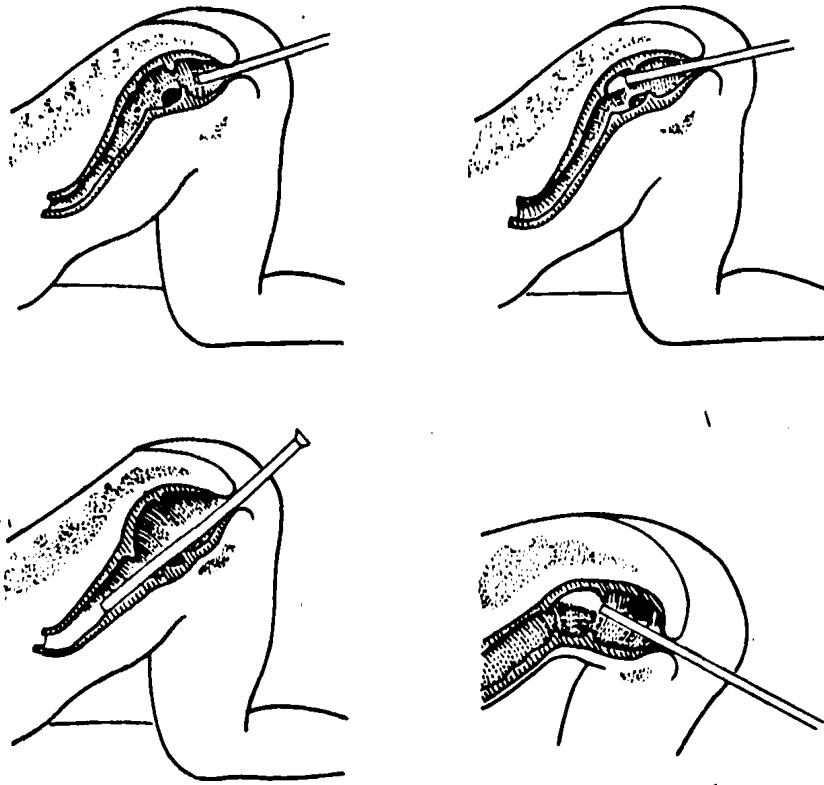
Ἡ ὀρθική δακτυλική ἐξέταση, ἀπόλυτα συστηματική σέ ὅλους τοὺς ἀρρώστους, ἀρέλκει νά γίνεται ὑπό αἰμογες συνθήκες: σέ ἐξεταστικό τραπέζι μέ τοποθέτηση τοῦ ἀρρώστου σέ θέση Trendelenburg, πὴν οὐροδόχο κύστη ἀδειανή, τό ὀρθό ἐπίσης ἀδειανό. Πρέπει νά συνδυάζεται συστηματικά καί ταυτόχρονα μέ τή βαθιά ψηλάφηση τῆς περιοχῆς τοῦ ὑπογαστρίου. Τέλος δέν πρέπει νά ἀγνοεῖται ἡ δακτυλική ἐξέταση τοῦ ὀρθοῦ σέ ἀπλή ἥπτια κατάκλιση μέ ταυτόχρονη ὡς ὑπερβολική κάμψη τῶν μηρῶν πρὸς τὴν κοιλιά καί συγκράτησή τους στή θέση αὐτή μέ τὰ χέρια τοῦ ἐξεταζομένου πού ἔλκουν τὰ γόνατα. Ἐπίσης συστηματικά πρέπει νά ἐκτελεῖται ἡ κοιλιακή δακτυλική ἐξέταση. (Σχ. 91, 92)

Μέ τή φυσική ἐξέταση μπορεῖ νά ἀποκαλυφθοῦν ὀρισμένες ἀνωμαλίες ὅπως: ἐντοπισμένος πόνος προκλήτος, τοιχωματική ἀντίσταση στήν ἐπίδουνη περιοχή, παχύ έντερο σέ σπασμό ἢ ἀντίθετα διατεταμένο καί βασικά ὄγκοι τοῦ παχέος έντέρου, ψηλαφητός μερικῆς φορές, καί τοῦ ὁποίου πρέπει νά προσδιορισθεῖ ἡ ἀκριβῆς τοπογραφική ἐντόπιση σέ συσχέτιση μέ ἄλλα ὄργανα. Ἐλέγχεται ἐπίσης ἡ ἥπατική ἀμβλύτητα, ἡ τυμπανικότητα τοῦ στομάχου, ἡ τυμπανικότητα τοῦ παχέος έντέρου πιό πάνω ἀπὸ τόν ὄγκο. Προσδιορίζονται ἀκόμη οἱ χαρακτηριστές τοῦ ὄγκου ἀν δηλαδή εἶναι λεῖος ἢ ἀνωμαλός, σκληρός, σληροελαστικός, μαλαθικός. Ἐλέγχεται τέλος ἡ κινητικότητα αὐτοῦ μέ τὴν ἐξέταση τοῦ ἀρρώστου σέ πλάγια κατάκλιση ἢ σέ θέση Trendelenburg.



Σχ. 92. Ἀμφίχειρη ἐπίθεση δακτυλικοῦ ὑπογαστρίου.





Σχ. 93 ὀρθοσκόπηση .

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Οἱ ἀπλές ἀκτινογραφίες τῆς κοιλιάς. Σ'αυτές μπορεί νά διαπιστωθοῦν ὀρισμένες μοῖρες τοῦ παχέος ἑντέρου πού περιέχουν ἀέρα σέ φυσιολογική κατάσταση, ὅπως εἶναι τό ἐγκαρσιο κόλο, τό σιγμοειδές, ἡ λήκυθος τοῦ ὀρθοῦ καί ἡ ἀριστερή κοιλική καμπή, κοντά στό γαστρικό θύλακο.

Τό περίγραμμα τῶν ἐγκαρσίων σχισμῶν τοῦ παχέος, πού ἀναδεικνύονται ἀπό τή ἀντίθεση ἀπό τόν περιεχόμενο ἀέρα.

Ὁ βαρυοῦχος ὑποκλισημός.

Ἡ τεχνική του περιλαμβάνει ἀπό τήν προηγούμενη ἡμέρα καί τό πρωί τῆς ἐξέτασης τήν ἐκτέλεση κενωτικοῦ ὑποκλισημοῦ γιά τήν ἀποβολή τοῦ περιεχομένου τοῦ παχέος ἑντέρου. Στήν ἐξέταση μέ ὑποκλισημό χορηγεῖται διάλυμα βαρίου. Ἡ ἐγγύση γίνεται μέ χαμηλή πίεση καί σιγά-σιγά καί ἡ πρόοδος τοῦ διαλύματος παρακολουθεῖται ἀκτινοσκοπικῶς. Οἱ ἀκτινογραφίες λαμβάνονται κατά τή διάρκεια τῆς ἐγγύσεως καί τότε χαρακτηρίζονται σάν



όκτινογραφίες έν πληρώσει καί μετά τήν κένωση του παχέος έντέρου σάν όκτινογραφίες έ ν κ ε ν ώ σ ε ι. Είναι αναγκαίο ό έξεταζόμενος νά παίρνει όρισμένες θέσεις κατά τόν έλεγχο αυτό γιά νά διευκολύνεται ή όρθια άπεικόνιση τής όρθοσιγμοειδικής καμπής, πού συχνά κρύβεται από τό σιγμοειδές. Ή πίεση τών κοιλιακών τοιχωμάτων μπορεί νά άποδειχθεϊ χρήσιμη. Ή έλεγχος περατώνεται, έ τή λήψη πρόσθετων όκτινογραφιών, άφού προπηθεϊ κένωση του βαρουύχου διαλύματος καί έμφύσηση άέρα, μέ τόν όποιο έπιτυγχάνεται ή προσκόλληση ύπολειμματών του διαλύματος, ή διάταση του έντέρου καί κατά συνέπεια ή άποκάλυψη μικρών τοιχωματικών άλλοιώσεων.

Ε ύ ρ ή μ α τ α ά π ό τ ή ν ά κ ν ι ν ο λ ο γ ι κ ή έ ξ έ τ α σ η.

1. Τό φυσιολογικό παχύ έντερο: Τό σιγμοειδές έχει μορφή S λατινικού γράμματος, τό άριστερό παχύ έντερο φέρεται καθετα, ή άριστερή κοιλική καμπή είναι αρκετά όξεία, τό έγκάρσιο περιγράφει τόξο μέ τό κυρτό προς τά κάτω, ένώ ή δεξιά κοιλική καμπή βρίσκεται πιό κάτω, χαμηλότερα από τήν άριστερή καί ή γωνία της πλησιάζει τήν όρθή. Από όλόκληρο τό παχύ έντερο μόνο τό τυφλό συχνά είναι δύσκολο νά πληρωθεϊ μέ τό βαρουύχο διάλυμα, αλλά πού πρέπει πάντοτε τούτο νά έπιτυγχάνεται, ιδιαίτερα αναφορικά μέ τή λήκηδό του. Καμιά φορά ή βαλβίδα του Βαηπιη είναι άνεπαρκής καί τό βάρος προωθεϊται πέραν αυτής, στίς τελευταίες έλικες του είλεού.

2. Όρισμένες όκτινολογικές εικόνες μπορεί νά-μήν άποκαλύπτουν όργανικές άλλοιώσεις, αλλά πού ή ύπαρξη τους έπιβάλλει συχνά τήν άπανάληψη τής έξέτασης.

Ή βαρουύχος ύποκλιση μέ τήν όρθή προετοιμασία του έντέρου (καλός κενωτικός ύποκλιση) καί μέ τήν έπίτευξη τής πληρώσεως του τυφλού, καί τήν έκπτυξη του σιγμοειδούς, στήν πλειονότητα τών περιπτώσεων διασαφνίζει τήν ύπαρξη καί όχι σπάνια τή φύση βλαβών του παχέος έντέρου. Ή παραμονή καί σταθερότητα τών άνώμαλων εικόνων, έφόσον ύπάρχουν σ' όλες τίς λαμβανόμενες όκτινογραφίες, θεωρούνται πλέον σάν πραγματικά παθολογικές.

3. Άνωμαλίες βεβαιωμένες.

Ά ν ω μ α λ ί ε ς τ ο υ μ ή κ ο υ ς. Ή άκρίσιμη έπιμήκυνση του παχέος έντέρου συνιστά τό δοιιχόκολο, μέ τήν όποία συνυπάρχει ένας όρισμένος βαθμός διατάσεως.

Ά ν ω μ α λ ί ε ς δ ι α μ έ τ ρ ο υ. Στο μεγάλο, ή κυριαρχούσα άνωμαλία είναι ή αύξημένη διάμετρος του έντέρου όπως καί ή άξιοσημείωτη του μήκους του. Στο συγγενές μεγάλο ή νόσο του Hirschsprung, τό έντερο γίνεται τεράστιο. Άντίθετα σέ όρισμένες κολίτιδες, ή διάμετρος σ' ένα μεγάλο τμήμα είναι αρκετά μικρή.

Εικόνες άκωτηριασμού ή έλλείμματος. Μερικές φαίνονται καλοήθειες,



δταν είναι ύποστρόγγυλες, μέ χείλη όμαλά, μέ μίσχο πού καμιά φορά είναι όρατός αλλά πού πρέπει νά παρατηρούνται τοιχωματικές άνωμαλίες πιό πάνω και κάτω από τήν περιοχή αύτή.

Άλλες έλλειμματικές εικόνες ύποδηλώνουν όπό τήν άρχή κακοήθεια όπως είναι οι κυκλοτερείς έλλείψεις. Σ' αύτές παρατηρείται άνωμαλή, στενωμένη κεντρική μοίρα, μέ διαφορετικό τόνο στά χείλη τής έλλείψεως, πού είναι άσκή και άνώμαλα. Άκόμα τά χείλη τής έλλείψεως συνεχόνται ύπό όξεία γώνια μέ τά χείλη του έντέρου, διαγνωστικό στοιχείο ούσιώδες.

Είκονες προσθήκης. Πολλαπλές έξελιώσεις δημιουργούν σειρά όπό μικρές όδαντώσεις. Οι εικόνες αύτές συχνά συνοδεύονται και από άλλες πού έπιβεβαιώνουν τή φλεγμονή και παίρνουν μορφή δαντελλοειδή. Τά ένοχλώματα δίνουν ύποστρόγγυλες εικόνες, συνδεδεμένες μέ τό παχύ έντερο μέσω μικρού μίσχου, πού μερικές φορές δέν είναι όρατός.

Άνωμαλίες τής διαμέτρου. Εικόνες ψευδοελλειμματικές, εικόνες προσθήκης μπορεί νά συνυπάσχουν σέ βαριές φλεγμονώδεις καταστάσεις του έντέρου. Γεγονός ούσιώδες παραμένει ή σταθερή συνύπαρξη όλων αύτών των ποικίλων άνωμαλιών στά άλληλοδιάδοχα άκτινογραφικά φίλμ. Εικόνες τυπικού έγκολεασμοϋ μπορεί νά παρατηρηθούν στην έίλεοτυρλική περιοχή. Τό βάρος εισέρχεται μεταξύ του τοιχώματος του τυφλού και του έγκολεασθέντος έίλεου και μετά περνάει στό κέντρο του σχηματισμοϋ αύτου.

ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Ή όρθοσιγμοειδοσκοπήση.

Ή όρθοσιγμοειδική συμβολή βρίσκειται σέ ύψος 18 περίπου σπ. από τό δακτύλιο. Τό όρθοσιγμοειδοσκόπιο μπορεί σέ πολλές περιπτώσεις νά εισέλθει πιό πάνω κατά τά 10 σπ.

Ή εξέταση αύτή έπιτρέπει τήν έπισκόπηση των άλλοιώσεων τής περιοχής από τό κατώτερο σιγμοειδές μέχρι τόν δακτύλιο πρωκτοϋ. Προσδιορίζει τήν άπόσταση τυχόν ύπάρχοντος όγκου από τόν σφιγτήρα του πρωκτοϋ και έπιτρέπει ταυτόχρονα τή βιαία, γεγονός ούσιώδες για τή διάγνωση. (Σχ. 13)

Έξέταση των κοπράνων. Περιλαμβάνει τήν άναζήτηση μικροσκοπικής μέλαινας μέ τήν αντίδραση Meyer-Weber, τήν άνίχνευση δηλαδή ΗΒ στά κόπρανα καθώς και τήν παρασιτολογική και βακτηριολογική εξέταση. Οι κενώσεις πρέπει νά γίνονται στό έργαστήριο. Στην άμεση εξέταση άναζητούνται ταυτόχρονα παράσιτα και παρέχονται στοιχεία για τήν καλλιέργεια αύτών.

Άναζήτηση ούδετέρων λιπών, πού φυσιολογικά άνέρχονται σέ 5% του όλικου βάρους των κοπράνων και άζωτορροίας (άύξημέντ, άποφολτ. Ν στα κό-



πρανα) πού φυσιολογικά ανέρχεται σέ 3 ως 4 gr., αλλά πού μπορεί νά τροποποιηθούν, χωρίς όμως τό γεγονός αυτό νά είναι ειδικό διαταραχών του παχέος έντέρου.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΔΕΞΙΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Πολύ συχνά είναι όγκος έκβλαστητικός, πού προβάλλει μέσα στόν αώλο του έντέρου. Καμιά φορά πρόκειται γιά έξέλκωση διαβρωτική μέ ρίκωση. Μικροσκοπικώς πρόκειται γιά έπιθηλίωμα από κυλινδρικό αδενικό έπιθήλιο.

Ή τάση του γιά διασπορά είναι πολύ σημαντική.

Λειτουργικά σημεΐα.

Ή άρρωστος προσέρχεται βασικά γιά διαταραχές τής προσόδου του έντερικού περιεχομένου, όπως ύδαρεΐς διάρροιες, μέ πρόσφατη έμφάνιση, ενώ ή δυσκοιλιότητα είναι δυνατή αλλά σπάνια. Συχνά συνοδεύονται μέ αιμορραγίες.

Ή από τά γενικά σημεΐα σημειώνεται άνορεξία, άδυναμία, συχνά πυρέτιο.

Φυσικά σημεΐα.

α) Στην ψηλάφηση και σέ θέση άριστερή πλάγια του άρρώστου καμιά φορά ψηλαφάται όγκος, πού είναι σκληρός και άνώδυνος, άνώμαλος, συχνά έπιμικυσμένος, ποικίλου μεγέθους, μέ περίγραμμα σχετικώς άσαφές και του οποίου πρέπει νά προσδιορίζεται ή κινητικότητα

Στήν πλήρη κλινική έξέταση του άρρώστου αναζητούνται έπιπρόσθετα άπαικρωσμένες μεταστάσεις, όπως αδένας του Troisier, στην άριστερή υπερκλειδία περιοχή, τό μέγεθος και ή σύσταση του ήπατος, έπισκοπεΐται ό άμφαλός, δυνητική έδρα μεταστάσεων, αναζητείται άκόμη πιθανός νεοπλασματικός άσκήτης, συχνά μικρής ποσότητας και τέλος μέ τή δοκτυλική έξέταση καρκινωματώδεις μεταστατικές βλάστες στό δουγλάσιο.

Έλέγχεται έπίσης μέ τήν ούρογραφία ό δεξιός ούρηθρας, ή ούροδόχος κύστη, έπιπρόσθετα μέ κυστεοσκόπηση, και τέλος μέ τή λαπαροσκόπηση ή κατάσταση του ήπατος και του περιτοναίου.

Ή βαθμός φλεγμονής και ή γενική αντίσταση του οργανισμού έλέγχονται μέ τή θερμομέτρηση, τόν τύπο του αίματος τό ποσό των λευκωμάτων και τό πηλίκο τους, τό ποσοστό τής προθρομβίνης, τή λειτουργικότητα του άναπνευστικού συστήματος μέ κλινικά, άκτινολογικά και σπινόμετρικά στοιχεία και τέλος τό καρδιαγγειακό σύστημα.

Ή άκτινολογική έξέταση είναι άπόλυτα ούσιώδης και άσείλει νά έκτελεΐται και στην παλαική διαταραχή του έντέρου, πρόσφατη



καί ανεξήγητη, ιδιαίτερα σέ άτομα μέσης ηλικίας. Ἡ χαρακτηριστική εἰκόνα εἶναι ἡ ἐλλειμματική, ἀλλά πού δύσκολα ἐπιτυγχάνεται, γιατί τό τυφλό δέν πληρώνεται τέλεια μέ τό βάρος ἀκόμη καί σέ φυσιολογικά άτομα.

Όταν ἡ ἐλλειμματική εἰκόνα ἐντοπίζεται στό πλάγιο τοίχωμα, εἶναι εὐκόλο νά βεβαιωθεῖ ἐφόσον εἶναι σταθερή, ἀνευρίσκεται δηλαδή σέ ὄλες στίς ἀκτινογραφίες. Όταν ἀντίθετα ἔχει κεντρική ἐντόπιση, δύσκολα ἀναδεικνύεται τέτοια εἰκόνα. Συνήδως πρόκειται γιά εἰκόνες ἀλλοιωμένης σκιαγράφησης τοῦ τυφλοῦ, πού γιά τή καλύτερη ἀπεικόνισή του τότε ἐπιβάλλεται ἡ πίεση του. Ἡ μή σκιαγράφηση τοῦ τυφλοῦ μέ στάση στόν εἰλεό, πού ἀποτελεῖ τό σημεῖο τοῦ Stierlin, ἔλκει βέβαια τήν προσοχή σέ ὀργανική βλάβη τῆς εἰλεοτυφλικῆς περιοχῆς, ἀλλά πού ὅμως δέν εἶναι χαρακτηριστική τοῦ καρκίνου, τό σημεῖο αὐτό ἀνευρίσκεται καί στήν εἰλεοτυφλική φυματίωση.

ΕΞΕΛΙΞΗ. Χωρίς ἐγγείρηση ἡ ἐξέλιξη ὁδηγεῖ στό θάνατο σέ ἕνα ὡς δύο χρόνια, ἀπό καχεξία, μεταστάσεις ἡπατικές, πνευμονικές, ἀδενικές, μεσεντερικές. Ἐπέκταση κατά συνέχεια ἰστοῦ γίνεται στά κοιλιακά τοιχώματα, τό λεπτό ἔντερο, τόν οὐρητήρα, τήν οὐροδόχο κύστη.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ. Χαρακτηρίζονται ἀπό ἐπιμολύνσεις ὑποξείες μέ λευκοκυττάρωση καί πυρετό πού εἶναι σταθερές, καί ὀξείες, συνοδευόμενες μέ διαταραχές τῆς προόδου τοῦ περιεχομένου τοῦ ἐντέρου καί πυρετό κι ἐξελισσόμενες σέ ἀπόστημα περίξ τοῦ ὄγκου καί τοῦ φοίτημός. Ἄλλη ἐπιπλοκή συνιστᾷ ἡ ἀπόφραξη, εἴτε ὑποξεία, στή ὁποία συμμετέχει καί ὁ τελικός εἰλεός, πού εἶναι ιδιαίτερα διατεταμένος, καί ἡ ὁποία μπορεῖ νά συνοδεύεται ἀπό τά σημεῖα τοῦ συνδρόμου τοῦ Koenig, εἴτε ὀξεία, ἀπό ἐγκολεασμό.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΠΑΧΕΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Πρόκειται οὐσιωδῶς γιά μορφές νεοπλασματικές στενωτικές, σάν δακτύλιος πού ἔχουν ὀψη σκίρρου καρκίνου. Πρόκειται γιά τυπικά ἐπιθηλίωμα, ἀτυπαῖα ἢ κολλοειδῆ. Ἡ τάση γιά διασπορά εἶναι σημαντική.

Λειτουργικά σημεῖα.

α) Βασικά διαταραχές τῆς προόδου τοῦ ἐντερικοῦ περιεχομένου, ὅπως δυσκοιλιότητα, πού πρέπει νά ἐπισύρει τήν προσοχή, ιδιαίτερα ὅταν αὐτή εἶναι πρόσαιτη. Συχνά ἡ δυσκοιλιότητα αὐτή διακόπτεται ἀπό κρίσεις διαρροίας.

β) Κενώσεις πού μισορεῖ νά εἶναι ταινισειδεῖς, ἐνῶ ἡ στίσταση



των κοποάνων παραμένει φυσιολογική.

γ) Αιμορραγία από τό πεπτικό κατά κανόνα μικρή, είτε με τη μορφή έρυθροϋ αιματος είτε πραγματικής μέλαινας, είτε τέλος μικροσκοπική.

δ) Άλγη, χρόνια πού έντοπίζονται στό δεξιό λαγόνιο βόθρο, στ περιοχή του τυφλού, πού είναι διατεταμένο, είτε πιά όξεα στή διάοκεια πραγματικών κρίσεων μερικής απόσπαξης.

Στά γενικά σημεΐα μπορεί νά περιληφθούν άσθενικότητα, άδυνατίσμα, άνορεξία μέ δυσπεψία, κεφαλαλγία.

Στή φυσική εξέταση τής κοιλιάς μπορεί νά ψηλαφηθεΐ τό διατεταμένο τυφλό (σημεΐο του Bouveret), δίογκωση στόν άσπαστερό λαγόνιο βόθρο, τής οποίας άναζητεΐται ή σταθερότητα ή ή κινητικότητα. Στή δακτυλική εξέταση τίποτε τό παθολογικό, έκτός άν ό όγκος προΐπτει στό δουγλάσιο.

Στό συστηματικό βαρυϋχο ύποκλυσμό μπροστά σέ τέτοιες διαταραχές μπορεί νά βρεθούν άκτινολογικά σημεΐα άρκετά σαφή, όπως πλήρης διακοπή προόδου του βαρυϋχου διαλύματος, μέ τήν "κεφαλή" του, άνωμαλη, νηματοειδή, σαν φλόγα κηρίου, είτε νά έπιτευχθεΐ εικόνα πού δείχνει τήν πλημμελή πλήρωση κι όπου ή στενωμένη περιοχή είναι άνωμαλη, έλικοειδής.

Ή όρθοσιγμοειδοσκόπηση έπιτρέπει τήν αποκάλυψη του νεοπλασματος, ιδιαίτερα όταν αυτό έντοπίζεται στην όρθοσιγμοειδική καμπή και τό πολύ άσπ.πιά πάνω από αυτή.

Στήν πλήρη εξέταση του άρρώστου άναζητούνται άδένας του Troisier, ή σύσταση και τό μέγεθος του ήπατος, έπισκοπεΐται ή όμφαλική περιοχή, έδρα δυνητικών μεταστάσεων, έπικρούονται τά ύποχόνδρια και άναζητεΐται νεοπλασματικός άσκήτης, συχνά μικρός, τέλος μεταστατικοί πυρήνες (βλάστες) μέ τή δακτυλική εξέταση όρδική και κοιλική στό πνευλικό περιτόναιο (δουγλάσιος).

Ή τοπική επέκταση έλέγχεται μέ τήν ούρογραφία, τήν κυστεογραφία τήν κυστεοσκόπηση και τέλος μέ τή λαπαροσκόπηση.

Ό βαθμός φλεγμονής και ή γενική αντίσταση του οργανισμού του πασχοντος έλέγχονται μέ τή θερμομέτρηση και τίς λοιπές γενικές εξέτάσεις, όπως και στόν καρκίνο του δεξιού ήμισους του παχέος έντέρου.

ΕΞΕΛΙΞΗ, χωρίς έγχείρηση ή εξέλιξη οδηγεί στό θάνατο σέ 1-2 χρόνια από καχεξία, τοπική επέκταση, μεταστάσεις ήπατικές, πνευμονικές, όστικές, γαγγλιακές κατά μήκος τής άορτής. Ήπιπρόσθετα μπορεί νά έπισυμβούν βαριές τοπικές έπιπλοκές, όπως ύποξείες φλεγμονές στον άριστε



ρό λαγόνιο βόθρο, έκδηλούμενες μέ π ό ν ο υ ς, έπιβράδυνση τής δ ι -
α κ ι ν ή σ ε ω ς. του έντερικου περιεχομένου, μέτριο π υ ρ ε τ ό, σα-
φή π ρ ο σ β ο λ ή τής γενικής καταστάσεως και μέ τήν ψήλάτση νά βρε-
θει μεγάλη μ ά ς α δ ι ά χ υ τ η στό άριστερό κάτω τλάγιο τής κοιλιάς.
Έπεισόδια άπόφραξης είτε χ ρ ό ν ι α ς, μέ διάταση του υπερκειμένου πα-
χέος έντέρου, είτε ό ξ ε ί α ς είναι ά π ο κ α λ υ π τ ι κ ά σέ με-
γάλο ποσοστό περιπτώσεων του καρκίνου. Πρόκειται συνήθως γιά χαμη-
λή ά π ό φ ρ α ξ η, μέ καθυστερημένους έμετούς,
δ ι ά τ α σ η του παχέος έντέρου, ιδιαίτερα του τυφλού και έμφανή πε-
ρ ι σ τ α λ τ ι κ ά κύματα. Στην άκτινολογική έξέταση βρίσκειται
ά ε ρ ο κ ο λ ί α, και δ ι α κ ο π ή τής προωθήσεως του βαρίου στό
έπίπεδο του όγκου.



ΓΕΝΙΚΗ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ (Σχ. 94)

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

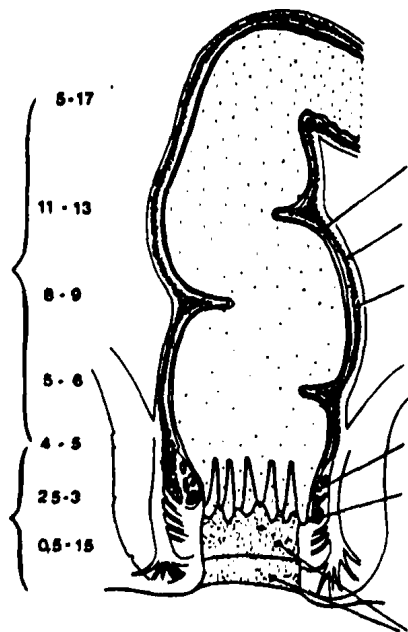
Διαταραχές της άφοδεύσεως. Αύτες πολλές φορές παίρνουν την αίσθηση ψεύτικης ανάγκης για άφοδευση, που αναγκάζει τό άτομο σέ άφοδευση, αλλά που τελικά έπιτυγχάνει την άποβολή μερικων αερίων και όλίγων βλεννων, μερικές φορές αιματηρών.

Τό τάνυσμα είναι αίσθηση έπώδυνης σύσπασης του σφικτήρα του πρωκτού.

Ό τεινεσμός είναι αντίθετα ή αίσθηση έπώδυνης τάσεως κατά την λύκηθο του όρθου και τη λεκάνη.

Τροποποιήσεις των κενώσεων. Διάρροια ή δυσκοιλιότητα ιδιαίτερα σέ άτομο που προηγούμενα είχε φυσιολογικές κενώσεις.

Βλέννες άναμικτες στά κόπρανα ή έπικαλύπτουσες αυτά.



Σχ. 94. Μηκαρίσταση του όρθου.



Τροποποίηση τής διαμέτρου τών κοπράνων πού μπορεί νά εἶναι ται-
νιοειδή ή κατακερματισμένα.

Αἱμορραγία. Κλασσικά τό αἷμα πού προέρχεται ἀπό τό ὄρθό
εἶναι ζωηρῶς ἐρυθροῦ χράματος. Στήν πραγματικότητα μπορεί
νά εἶναι μερικές φορές χράματος σκοτεινοῦ. Πρέπει νά προσδιω-
ζεται ἂν προηγεῖται ή ἀκολουθεῖ τήν ἀποβολή τών κοπράνων, ἂν τό αἷμα τό
ἐπικαλύπτει, κι ἂν τέλος ἐξέρχεται μεταξύ τών κενώσεων.

Κνησμός τοῦ δακτυλίου μέ ή χωρίς ρύση.

Πόνος, πολύ ἔντονος καί καμιά φορά προκαλούμενος ἀπό ραγά-
δα.

Μερικές φορές κανένα ἀπό αὐτά τά σημεῖα δέν ἐπισύρει ἄμεσα τήν
προσοχή στό ὄρθό. Βαριές ὀργανικές ἀλλοιώσεις μπορεί νά ὑπάρχουν
κι ὅμως εἶναι ἀπόλυτα σιωπηλές, εἴτε προκαλοῦν διαταραχές
τῆς γενικῆς μόνο κατάστασης.

Ἡ ἐκτέλεση δακτυλικῆς ἐξέτασης εἶναι ἐπαμένως ἀπόλυτα ἐ-
πιβεβλημένη σέ κάθε ἐξεταζόμενο καί ἡ ἀναγκαιότητα τῆς πλήρους
ἐξετάσεως τοῦ ὄρθου ρητή σέ κάθε άτομο πού ἔχει σημειολογία ἀποκαλυ-
πτική παθήσεως τοῦ ὄρθου. Στήν ἐπισκόπηση τῆς προκτι-



κ ή ς π ε ρ ι ο χ ή ς, πού γίνεται σέ θέση γ ό ν α τ ο α γ κ ω ν ι α ί -
α μέ καλό φωτισμό καί μέ διάταση τῶν περιπρωκτικῶν πτυχῶν, ἀναζητεῖται
ἡ ὑπαρξη α ἰ μ ο ρ ρ ο ἴ δ ω ν, π ε ρ ι π ρ ω κ τ ι κ ο ὕ δ γ κ ο υ,
έ κ β λ α σ τ η τ ι κ ο ὕ δ γ κ ο υ τ ο ὗ ὀ ρ θ ο ὕ π ο ὗ ἐξωτερικεύεται, ἐνός
ἡ περισσότερων περιεδρικῶν συριγγίων, τυχόν σύσπαση
σ υ ν ε χ ή ς τ ο ὗ σ ρ ι γ κ ἡ ῖ ρ α ἡ ἀντίθετα ἀρύσκη χ α λ α σ η α ἰ τ ο ὗ.

Ἡ δ α κ τ υ ἰ λ ι κ ἡ ἐ ξ έ τ α σ η π ρ έ π τ ε ι ν á ἐκτελεῖται μέ διωγη τε-
χνική. Ἔτσι:

1. Τό ὀρθό πρέπει νά εἶναι á δ ε ι α ν ό, σέ ἀντίθετη περίπτωση πρέπει
νά κενώνεται μέ ὑποκλιισμό.
2. Ὁ ἄρρωστος πρέπει νά εἶναι κ α τ α κ ε κ λ ι μ έ ν ο ς ἡ π τ ι α,
σέ σκληρό ἐξεταστικό τροπέζι. Εἶναι ἀπόλυτα ἀναγκαῖο νά ἔλκει τοὺς μη-
ρούς πρὸς τήν κοιλιά καί νά συγκρατεῖ μέ τά χέρια του τά γόνατα.
3. Ὁ ἐξετάζων δάκτυλος μέ τό γάντι πρέπει νά ἔχει ἀπαλειφθεῖ μέ ἀρεκτὴ
βαζελίνη ἢ ἄλλο ἐλαιῶδες ὑγρό.
4. Ζητεῖται ἀπὸ τόν ἄρρωστο κατὰ τὴ διάρκεια τῆς ἐξέτασης νά σφίγγει τὰ
κοιλιακά του τοιχώματα, ὅπως ὅταν πρόκειται νά ἐνεργηθεῖ, πού ἐπιτρέπει
νά κριθεῖ ἡ δυναμικὴ πρὸς τὰ κάτω ὀλίσηση ἢ ὄχι τοῦ ὄγκου ἐπὶ τοῦ ἱεροῦ
ὄστοῦ.
5. Ὁ ἐξεταστής, μέ τόν προηρισμό καί τόν ὑπτιασμό τῆς ἐξετάζουσας χει-
ρός, ἐλέγχει διαδοχικὰ τὴν πρόσθια καί τὴν ὀπίσθια ἐπιπέδεια τοῦ ὀρθοῦ
καί ἰδιαίτερα τίς β λ ε ν ν ο γ ό ν ι ε ς π τ υ χ έ ς.

Ἡ δεξιὰ πλάγια περιοχὴ τοῦ ὀρθοῦ ἐξετάζεται μέ τό δεξιό δείκτη
ἐνῶ ἡ ἀριστερὴ πλάγια μέ τόν ἀριστερό.

Πρέπει νά ἐκτιμᾶται ἡ συσταλτικότητά τοῦ πρωκτικοῦ σφιγκτήρα. Εἶ-
ναι ἀπαραίτητο τέλος νά συνδυάζεται ἡ δοκτυλικὴ ἐξέταση τοῦ ὀρθοῦ μέ
τὴν ταυτόχρονη κολπικὴ στή γυναίκα, γεγονός πού ἐπιτρέπει καλύτερο ἐλεγ-
χο τῆς περιοχῆς.

Στὴν κολπικὴ ἐξέταση ἐλέγχονται:

μέ τὴν ψ η λ á φ η σ η τ á β ο υ β ω ν ι κ á λ ε μ φ ο γ á γ γ λ ι α,
μέ τὴν ἐπισκόπηση ἡ ὀμφαλικὴ περιοχὴ, μέ τὴν ψηλάφηση καί τὴν ἐπίκρου-
ση τό ἡ π α ρ, ἀναζητεῖται ἀδένας τοῦ Troisier, ἀδενοπάθεια βουβωνικὴ
μόνο ἢ ἀμφίπλευρη, ἡπατικές καί ὀμφαλικές μεταστάσεις.

Π α ρ α κ λ ι ν ι κ ἡ ἐ ξ έ τ α σ η.

Π ρ ω κ τ ο σ κ ό π η σ η καί Ὀ ρ θ ο σ κ ό π η σ η.

Τό ἐνδιαφέρον τους εἶναι τ ρ ι π λ ό, γιατί ἐπιτρέπουν τὴν ἐπι-
σκόπηση τῆς βλάβης καί τόν προσδιορισμό τῶν χαρακτήρων της, τὴ βιαψία,
κι ἀποκαλύπτουν τέλος ἀλλοιώσεις πιό ψηλά βρισκόμενες, ἰδιαίτερα σὸ
ἄνω μέρος τῆς λυκίθου τοῦ ὀρθοῦ ἢ στὴν ὀρθοσιγμοειδικὴν περιοχὴν.

Στίς ἀκτινογραφίες μέ βαρυῦχο ὑποκλιισμό σέ περιπτώσεις ὄγκου τῆς



λυκήθου του όρθου, έλλειμματική εικόνα δέν είναι όρατή άν ό όγκος δέν είναι εύμεγέθης. Αντίθετα ό όφτινολογικός έλεγχος είναι θεμελιώδης για τον έλεγχο τής όρθοσιγμοειδικής περιοχής.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ

Διακρίνεται στόν καρκίνο τής λυκήθου, του πρωκτι-κτικου σωλήνα, και του πρωκτου. Στόν καρκίνο του όρθου περιλαμβάνεται και ό καρκίνος τής όρθοσιγμοειδικής καμπής.

Πρόκειται για τον πιο συχνό καρκίνο του πεπτικού συστήματος ύστερα από τον καρκίνο του στομάχου.

Οι μεγαλύτερες πιθανότητες ίάσεως βασίζονται στην πρώιμη διάγνωση που μπορεί μόνη να θέσει ή πλήρης δακτυλική εξέταση συμπληρωμένη με την όρθοσκοπήση και τη βιοψία.

Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΗΣ ΛΥΚΗΘΟΥ.

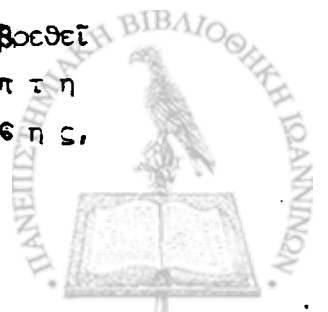
Χαρακτηριστικά λειτουργικά σημεϊα:

Αιμορραγίες, τυπικά αποτελούνται από έρυθρό αίμα, και προηγούνται τής άφοδεύσεως. Καμιά φορά όμως είναι άτυπες, άπαρτιζόμενες από σκούρο αίμα, άνακατεμένο με τά κόπρανα ή άποβαλλόμενο μετά από την άφοδευση.

Οι διαταραχές τής λειτουργίας του όρθου: ψεύτικη αίσθηση άφοδεύσεως, που καταλήγει ή όχι στην άποβολή βλεννών, τελνεσμός, αίσθηση πληρώσεως του όρθου ή άκόμη αίσθηση ξένου αίματος, τανύσματα, αίσθηση βάρους στό περίναιο ή στό ίερό όστούν. Διαταραχές τής προόδου του έντερικου περιεχομένου, όπως δυσκοιλιότητα, διάρροια, που δέν πρέπει να συγχέεται με τις ψευδοδιάρροιες από την άποβολή βλεννών, έναλλαγές διάρροιας με δυσκοιλιότητα και τέλος γεγονός πάρα πολύ σημαντικό, οποιαδήποτε άλλαγή στις κακώσεις, πρόσφατης έμμανίσεως που πρέπει να θεωρείται πολύ ύποπτη.

Από τά γενικά σημεϊα διαπιστώνεται: άδυναμία, άσθενικότητα, πρόσφατη άναιμία, κυρίως στην μέση ηλικία τής ζωής, στοιχεία που πρέπει να στρέψουν τή σκέψη σε καρκίνο του πεπτικού.

Η άπαραίτητη δακτυλική εξέταση πρέπει να έκτελεϊται μετά κένωση τής ούροδόχου κύστεως. Σ' αυτή μπορεί να βρεθεί μια εύμεγέθης έκβλαστική, σκληρή και εύθριπτη καρκινοματώδης μάζα, μπορεί όμως να έχει τή μορφή έξέλκωσης,



(όγκος έξελκωμένος), ή έκτεταμένης δ ι ή θ η σ η ς. Όλες οι άλλωσεις αυτές α λ ι μ ο ρ ρ α γ ο υ ν μέ τήν έπαφή του δοκτύλου και έδράζονται σέ Ε υ λ ώ δ η β ά σ η, τής οποίας τά όρια είναι ά σ α φ η. Ή όρδοσκόπηση είναι ά π ό λ υ τ α ά π α ρ α ί τ η τ η και πρέπει νά συνδυάζεται μέ τή βιοψία. Ό βαρυούχος ύποκλυσμός ιδιαίτερα μετά έμφύσηση άέρα και σέ λήψεις άκτινογραφιών έκ του πλαγίου καμιά φορά δίνουν όρατό όγκο στή λύκηθο, πού είναι όμως τότε εύμεγέθης.

Έ π έ κ τ α σ η τ ο υ κ α ρ κ ί ν ο υ. Μέ τήν κλινική και τή δοκτυλική έξέταση εκτιμάται ή επέκταση του καρκίνου του όρδου.: Πρός τά πύσω στό ιερό όστούν έλέγχεται μέ τήν παραγγελία στόν έξεταζόμενο νά έξωθήσει, προς τά πλάγια μέ τό δείκτη πού άναζητάει σ κ λ ή ρ υ ν σ η κατά τά πυελικά τοιχώματα, προς τά μπρός, στόν προστάτη, στή μήτρα ή στόν κόλπο πάλι μέ τόν έξεταζόμενο δείκτη. Ή ταυτόχρονη δοκτυλική έξέταση από τό όρδο και τόν κόλπο στίς γυναΐκες είναι άρκετά χρήσιμη.

Τέλος ή δοκτυλική έξέταση πρέπει νά συνδυάζεται μέ β α θ ι ά ψ η λ ά φ η σ η τών κοιλιακών τοιχωμάτων κατά τό ύπογάστριο.

Οι άπομακρυσμένες μεταστάσεις εκτιμώνται κλινικώς μέ τήν άναζήτηση γαγγλίου του Troisier, τήν έρευνα του ήπατος, τήν έπισκόπηση του άμφαλου και τήν άναζήτηση άσκήτη. Ό έλεγχος συμπληρώνεται μέ τήν ούρογραφία, κυστεογραφία και κυστεοσκόπηση.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΟΡΘΟΣΙΓΜΟΕΙΔΟΥΣ

Στά λ ε ι τ ο υ ρ γ ι κ ά σ η μ ε ι α. Κατ'έξοχήν κυριαρχεί ή δ υ σ κ ο ι λ ι ό τ η τ α ή όποία έλκει τήν προσοχή, ένω στά γ ε ν ι κ ά σημεΐα ή προσβολή τής γενικής καταστάσεως είναι π ο ι κ ί λ η. Οι καρκίνοι αυτοί συχνά άποκαλύπτονται μέ τήν εύκαιρία μιās έπιτυλοκής άπαφάξεως ή από τήν ούροδόχο κύστη μέ δ ι α τ α ρ α χ έ ς τ η ς ο ύ ρ ή σ ε ω ς.

Ό καρκίνος τής όρθοσιγμοειδικής περιοχής δέν μπορεί νά προσπελαστεί μέ τή δοκτυλική έξέταση. Έτσι έχει μεγάλη διαγνωστική άξία ό βαρυούχος ύποκλυσμός, άφού προηγηθεΐ πολύ φροντισμένη προπαρασκευή του άρώστου, όπως άρκετοί κενωτικοί ύποκλυσμοί. Κατά τήν έξέταση αυτή παρακολουθεΐται άκτινοσκοπικώς ή πρόσδος του βαρυούχου διαλύματος και παίρνονται σέ διαφορετικές θέσεις οι ένδεδειγμένες και κατάλληλες άκτινογραφίες γιά τήν άνάδειξη τής όρθοσιγμοειδικής περιοχής, πού συχνά κρύβεται από τό σιγμοειδές. Έπιτυγχάνονται παρόμοιες μέ τίς άκτινολογικές εικόνες του καρκίνου του παχέος έντέρου, όπως άνάμνηση στένωση κ.λ.π.

Ή όρθοσιγμοειδοσκόπηση είναι ούσιώδης γιά τή διάγνωση γιατί οι άκτινολογικές εικόνες συχνά έχουν δύσκολη έρσημεία. Μέ αυτή έπιτυγχάνε-



ται ή επίσκοπηση τής βλάβης και ή λήψη τεμαχίου για ιστολογική εξέταση.

Η κατιούσα ούρογραφία με κυστεογραφία και ή κυστεοσκόπηση έχουν απόλυτη ένδειξη, εξαιτίας τής συχνής επέκτασης του καρκίνου στις ούρο-
φόρες οδούς.

Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΡΩΚΤΟΥ

Αντιπροσωπεύει περίπου 10% τών καρκίνων του όρθου, και διακρίνε-
ται σε δύο ποικιλίες: τόν καρκίνο του π ρ ω κ τ ο υ και τόν καρκίνο
του π ρ ω κ τ ι κ ο υ σ ω λ ή ν α. Η δορυφόρος αδενοπάθεια είναι
έκλεκτικά β ο υ β ω ν ι κ ή και ό ιστολογικός τύπος του είναι από
π λ α κ ω δ ε ς έπιθήλιο, ά κ τ ι ν ε υ α ί σ θ η τ ο.

Κ α ρ κ ί ν ο ς τ ο υ π ρ ω κ τ ο υ.

Λ ε ι τ ο υ ρ γ ι κ ά σ η μ ε ι α. Ο άρρωστος προσέρχεται για α ι -
μ ο ρ ρ α γ ί ε ς, διαταραχές τής ά φ ο δ ε ύ σ ε ω ς, ά λ γ η ύποση-
μαινόμενα, τουλάχιστον στην άρχή.

Φ υ σ ι κ ά σ η μ ε ι α. Στην εξέταση, πού γίνεται με τή διάταση τών
περιπρωκτικών τοιχών, άνευρίσκεται είτε έ ξ έ λ κ ω σ η, είτε ό γ κ ο ς
κακοήθης, άφου έδράζεται σε σ κ λ η ρ ή β ά σ η, πού α ι μ ο ρ ρ α -
γ ε ι με τήν παραμικρή έπαφή του έξετάζοντος δακτύλου. Ψηλακώνται συ-
στηματικά τά βουβωνικά λεμφογάγγλια κι έκτελεΐται βιοψία ή όποια άπο-
κλείει πάθηση από ίό, τίς αίμορροΐδες, μιá άπλή ραγάδα.

Κ α ρ κ ί ν ο ς τ ο υ π ρ ω κ τ ι κ ο υ σ ω λ ή ν α.

Έντοπίζεται στην περιοχή πού βρίσκεται μέχρι 4 σπ. πιο πάνω από
τήν έδρα.

Λ ε ι τ ο υ ρ γ ι κ ά σ η μ ε ι α. Τά ά λ γ η είναι κλασσικά τής μορ-
φής μιáς ραγάδας, δηλαδή πολύ έ ν τ ο ν α, π ρ ώ ι μ α, μη ύποχωρούντα
σε κάθε θεραπεία. Οι αίμορραγίες π ρ ο η γ ο υ ν τ α ι τών κενώσεων.
Οι λειτουργικές διαταραχές του σφιγκτήρα έλκουν τήν προσοχή, όπως αΐσθη-
ση ψ ε υ δ ο υ ς άφροδεύσεως, τ ε ι ν ε σ μ ό ς, τ α ν ύ σ μ α τ α,
άνεπιάρκειά του στις έξελικτικές μορφές.

Φ υ σ ι κ ά σ η μ ε ι α. Η δακτυλική εξέταση και ή πρωκτοσκόπηση έπι-
τρέπουν τή διάκριση δύο μεγάλων ποικιλιών: τήν έ κ β λ α σ τ ι κ ή μορ-
φή (άνδουκραμβοειδή), με σκοΐρα έρυθρά χροιά, και τήν έ λ κ ω τ ι κ ή
μορφή, ά ν ώ μ α λ η, με σ κ λ η ρ ά χείλη, ά π ό τ ο μ α, πού έδρά-
ζονται σε σκληρία με ά σ α φ ή ό ρ ι α.

Η εξέταση τών βουβωνικών περιοχών είναι έπιβεβλημένη για τήν άνα-
ζήτηση β ο υ β ω ν ι κ ή ς ά δ ε ν ο π ά θ ε ι α ς, είτε περιορισμένης
μέ μ ι κ ρ ο ύ ς άδένες, σ κ λ η ρ ο ύ ς, ά ν ώ δ υ ν ο υ ς, πού διο-
λισθαίνουν κάτω από τά ψηλαφούντα δάκτυλα, είτε ά κ ί ν η τ ο υ ς και



έ π ώ δ υ ν ο υ ς .

Ίδιαίτερα επιβάλλεται η βιοψία ή όποία αποδεικνύει καρκίνο από μαλπιγγειακό πλακώδες επιθήλιο.

Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ ΣΤΗ ΝΕΑ ΗΛΙΚΙΑ

Ή κλινική εικόνα είναι διάφορος από εκείνη στους ένήλικες ή σε προχωρημένη ηλικία. Από την έαση των λειτουργικών σημείων τά κοιλιακά άλγη αποτελούν τό π ι ό σ υ χ ν ό σύμπτωμα κι ακολουθούν στή συνέχεια οί αίματηρές κενώσεις, ή δυσκοιλιότητα, τά άλγη του πρωκτού.

Αντίθετα ή γενική κατάσταση για μακρού χρονικό διάστημα διατηρείται καλή.

Ή δοκτυλική εξέταση πολύ συχνά παραλείπεται κατά την κλινική εξέταση, όχι γιατί άντενδείκνυται, αλλά έπειδή κοινώς θεωρείται άπίθανη ή ανάπτυξη καρκίνου στή νέα ηλικία, π α ρ ά λ ε ι ψ η πού σημαίνει καθυστέρηση πολλές φορές έξαιρετικά μεγάλη στή διάγνωση.

Από την έαση της έξελικτικότητας φαίνεται αύτή νά μίν είναι πιο ταχεία από την αντίστοιχη στον καρκίνο των άλλων ηλικιών.



ΚΑΛΟΙΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ

Οι πολύποδες και οι θηλώδεις όγκοι είναι σχετικά συχνοί.

Π ο λ ύ π ο δ ε ς .

Εάν πολύποδες χαρακτηρίζονται άδενώματα του όρθου, πού άφείλονται σέ υπερπλασία τών αδένων του Lieberkühn του βλεννογόνου. Οί πολύποδες έχουν δύο χαρακτηριστικά: τόν κίνδυνο τής κακοήθους έξαλλαγής και τή συχνή συνύπαρξή τους μέ άλλους πολύποδες του όρθου ή γενικώτερα του παχέος έντέρου.

Γι' αυτό διακρίνονται έτσι οι μονήρεις πολύποδες, τών οποίων ή δυνητική κακοήθης έξαλλαγή είναι σχετικά σπάνια, ο όρθική πολυποδίαση, διάσπαρτοι δηλαδή πολύποδες στό όρθό, τών οποίων ή κακοήθεια είναι συχνή και τέλος ή οίκογενής διάχυτη πολυποδίαση, στήν οποία ή κακοήθης έξαλλαγή είναι σταθερή, ύστερα από έξέλιξη ποικίλης διάρκειας.

Ό μ ο ν ή ρ η ς π ο λ ύ π ο δ α ς .

Αύτός αντιπροσωπεύει τό 20% περίπου τών όγκων του όρθου στους ένήλικους.

Στά κλινικά σημεία κυριαρχεί ή αιμορραγία μέ έρυθρό αίμα, πού αποβάλλεται μόνο του ή πού άκολουθεϊ τίς κενώσεις. Συχνά ή έντασή της είναι μεγάλη και μπορεί νά προκαλέσει όξεϊα άναίμια. Οί διαταραχές τής άφοδεύσεως είναι πολύ σπάνιες. Τέλος συχνά πρόκειται για τυχαία άποκάλυψη σέ μιά γενική έξέταση.

Ή δακτυλική έξέταση του όρθου μπορεί νά άποκαλύψει μικρή μάζα συμπαγή, ύποστρόγγυλη, έντοπισμένη, χωρίς ύποκείμενη σκληρία και μέ υπερκείμενο βλεννογόνο άθικτο.

Ή όρθοσκοπήση πρέπει νά είναι έξαιρετικά φροντισμένη γιατί ο πολύποδας συχνά κρύβεται κάτω από μιά πτυχή του βλεννογόνου. Ή άψη του σ' αυτή είναι μικρή έρυθρή διόγκωση, μέ πλατιά βάση ή μίσχο, και μέγεθος από κόκκο ρυζιού μέχρι κεράσι. Πρόκειται για ούσιώδη έξέταση, γιατί μ'αυτή άποκαλύπτεται ή παρουσία και άλλων υπερκείμενων ένδεχομένως πολυπόδων, όπως και υπερκείμενου αυτών καρκίνου. Ή συνύπαρξη καρκίνου μέ δορυφόρο πολύποδα είναι ένα γεγονός καλά διαπιστωμένο. Ή βιοψία μπορεί νά συνδυαστεί μέ τήν έξάιρεση του πολύποδα κατά τήν οποία συναφαιρείται όλόκληρη ή βάση του. Ό βαρυσόχος ύποκλυσμός είναι ούσιώδης για τόν έλεγχο τής καταστάσεως όλόκληρου του έντέρου, γιατί βεβαιώνει ότι ο πολύποδας δέν συνυπάρχει μέ καρκίνο του έντέρου ή μέ άλλους πολύποδες σέ πιο ύψηλές περιχές του.



Έξελξη. Ὁ πολύποδας μερικές φορές αποκαλύπτεται στό στάδιο τῆς κακοήθους ἑξαλλαγῆς, πού δέν εἶναι ὑποχρεωτική ἀλλά δυνητική στό 25% περίπου τῶν περιπτώσεων. Μερικές φορές πρόκειται γιά μιᾶ ἐκπληξη ἀπό τήν ιστολογική ἐξέταση, ἐνῶ δέν ὑπῆρχαν κλινικά σημεῖα κακοήθειας. Ἄλλες φορές μέ τήν πρώτη κλινική ἐξέταση ἀνευρίσκονται ὕπoπτα σημεῖα, ὅπως αἱμορραγίες πού προκαλοῦνται εὐκολα, ἑξελκωση, ἀλλά κυρίως σκλήρυνση τοῦ πολύποδα καί τῆς βάσεως αὐτοῦ. Τέλος σέ ἄλλες περιπτώσεις πρόκειται γιά τήν ὑπαρξη δζουή κακοήθους ἑλκώσεως σέ περιοχὴ ὅπου προηγουμένως εἶχε ἐξαιρεθεῖ ἓνας πολύποδας. Τά στοιχεῖα αὐτά ὑποδηλώνουν τήν ἀναγκαιότητα ἀρκετά μακρόχρονης ἐπιτήρησης καί ἐλέγχου μετά τήν ἀφαίρεση ἑνός πολύποδα.

Κλινικές μορφές. Ὁ μονήρης πολύποδας τοῦ παιδιοῦ. Στήν περίπτωση αὐτή συχνά κυριαρχεῖ ἡ αἱμορραγία μέ ἐρυθρό χρῶμα. Μερικές φορές παρατηρεῖται διαλείπουσα πρόπτωση τοῦ πολύποδα στή διάρκεια βήχα ἢ δυσκοιλιότητος, ἢ ὅποια ἔλκει τήν προσοχή. Μέ γενική νάρκωση ἐκτελεῖται μέ τή βοήθεια τῆς ἐνδοσκοπήσεως ἢ ἐξάιρεση καί βιοψία τοῦ πολύποδα αὐτοῦ. Πρόβλημα κακοήθους ἑξαλλαγῆς πρακτικά δέν τίθεται ποτέ.

Ἡ διάσπαρτη ὀρθοκολική πολυποδίαση. Κλασσικά χρησιμοποιεῖται ὁ ὅρος αὐτός ὅταν ὑπάρχουν περισσότεροι ἀπό πέντε πολύποδες. Ἐκεῖνο πού λαμβάνεται ἰδιαίτερα ὑπόψη εἶναι κυρίως ἡ ἀνάπτυξη καί νέων πολυπόδων, γεγονός πού διαπιστώνεται στίς ἀλληλοδιάδοχες ἐξετάσεις. Οἱ πολύποδες αὐτοί μποροῦν νά ἐδράζονται σέ τιῆμα τοῦ ὀρθοῦ (τμηματική πολυποδίαση), ἢ ἀντίθετα νά καταλαμβάνουν ὅλη τήν περιοχὴ πού ἐλέγχεται μέ τήν ὀρθοσιγμοειδοσκόπηση (διάσπαρτη ὀρθοσιγμοειδική πολυποδίαση).

Ὅπωςδήποτε ὁ βαρυῦχος ὑποκλιτισμός δείχνει καί βεβαιώνει τό ἄνω ὄριο ἐπέκτασῆς τους. Ὁ κίνδυνος κακοήθους ἑξαλλαγῆς εἶναι δυνητικός στήν πολυποδίαση αὐτή.

Ἡ διάχυτη οἰκογενήσ πολυποδίαση τοῦ παχέος ἐντέρου. Στή μορφή αὐτή ἡ κακοήθης ἑξαλλαγή εἶναι ἀναμφισβήτητη.

ΕΛΚΟΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗ ΟΡΘΟΚΟΛΙΤΙΔΑ

Ἡ νόσος αὐτή, ἀπό τίς πιό βαριές, εἶναι ἀρκετά συχνή στήν Ἄμερική. Πρόκειται γιά ἑξελκώσεις μέ ἀποστημάτια καί νέκρωση τοῦ βλεννογόνου καί τοῦ ὑποβλεννογονίου τοῦ παχέος ἐντέρου. Τά τοιχώματά του παχύνονται, καί ἀναπτύσσεται



ινώδης, ούλωτική και στενωτική διεργασία στον υποβλεννογόνιο.

Από παθολογοανατομική όψη διακρίνεται:

Τό άρχικό στάδιο μέ οίδημα και συμφόρηση, ό βλεννογόνος είναι έξέρωθρος και εύθριπτος μέ διάστικτες αίμορραγίες.

Τό στάδιο τής διαπυήσεως, όπου ό βλεννογόνος είναι διαβρωμένος και καλυμένος μέ πύον πού προέρχεται από τούς αδένες. Στο στάδιο αυτό αναπτύσσονται ψευδοπολύποδες, πού στην πραγματικότητα είναι φλεγμονώδη κοκκία. Στίς περιόδους ύφέσεως οί βλάβες ύρίστανται, αλλά πιό έλαττωμένες, ό βλεννογόνος λεπτύνεται, τό χόριο είναι οίδηματώδες και τά τριχοειδή διατεταμένα.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ

Η έλκοαιμορραγική όρθοκολίτιδα έκδηλώνεται πολύ συχνά σαν χρόνια πάθηση μέ έξάρσεις και ύφέσεις. Η έναρξη ανακαίνεται κατά κανόνα μεταξύ 16ου και 40ου χρόνου τής ηλικίας.

Περίοδος έναρξεως. Κατά κανόνα είναι ύπουλη και προοδευτική, έπιδεινούμενη, χαρακτηριζόμενη από τήν έγκατάσταση διάρροιας μέ βλέννες και μέ βλεννοαιματηρές κενώσεις. Τά έπεισόδια αυτά του άρχικού διορροϊκού συνδρόμου ακολουθούνται συχνά από ύρεση, τήν όποιά διαδέχονται μετά χρονικό διάστημα επανειλημμένες ύποτροπές.

Περίοδος έγκαταστάσεως τής νόσου. Μετά από πολλές ύποτροπές έγκαθίσταται σέ έξαρση πλέον ή αίμορραγική όρθοκολίτιδα πού χαρακτηρίζεται:

- Από σύνδρομο δυσεντερικό, βλεννοαιμορραγικό, κυριαρχούμενο από τεινεσμό, τανύσματα και αίμορραγικές κενώσεις, πυώδεις, πολυάριθμες.

Πρέπει νά σημειωθεί ότι ύρίστανται κενώσεις μέ κόπρανα συχνά ύδαρή, ανακατεμένα μέ πύον και βλέννες.

- Από σύνδρομο φλεγμονώδες, μέ πυρετό, προσβολή τής γενικής κατάστασης, όπως άφυδάτωση, έλάττωση τής διουρήσεως, τής θρέψεως, καταβολή τών δυνάμεων, άναιμία.

Επιπρόσθετα ύρίστανται έκδηλη ύποχλωραιμία, ύπονατριαιμία, ύποκαλιαιμία.

Περίοδος ύφέσεως. Πρόκειται για μιά φαινομενική ίαση, αλλά κι αυτή άτελή, μέ παραμονή μεικτών από τίς διαταραχές του έντέρου, τάση διορροϊκή, διαλείπουσα άποβολή βλεννών



καί αἵματος.

Στὴν ὀρθοσιγμοειδοσκόπηση παρατηρεῖται σαφῆς αἱμορραγική τάση τοῦ βλεννογόνου.

Ὁ ρυθμὸς τῶν ὑφέσεων. Στὴν ἀρχὴ εἶναι κλασσικὸ νά σημειώνονται δύο ὑποτροπές στό χρόνον, τὴν ἀνοιξὴ καί τὸ φθινόπωρον, πού προοδευτικά γίνονται πιά συχνές καί ὁπωσδήποτε πρᾶκτικά ποτέ δέν μποροῦν νά προληφθοῦν μέ τὴ θεραπευτικὴ ἀγωγή. Σχετικὴ ἐπιδείνωση σημειώνεται κατὰ τὴν ἐγκυμοσύνη.

Παρακλινικὲς ἐξετάσεις.

Ἐνδοσκοπικὴ ἐξέταση. Σ' αὐτὴ βρίσκεται ἡ κλασσικὴ αἱμορραγικὴ καί πύλῃς ὄψη τοῦ βλεννογόνου. Ἡ νόσος ἀρχίζει ἀπὸ τὸ ὄρθον, ἀκόμη καταλάβει ὁλόκληρον τὸ ἔντερον. Τὰ χαρακτηριστικὰ στοιχεῖα τῆς ἐνδοσκόπησης εἶναι αἱμορραγικὴ συμφόρηση, διαπύηση, ἐξελκώσεις, ψευδοπολύποδες.

Ἀκτινολογικὴ ἐξέταση. Ὁ βαρυῦχος ὑποκλυσμός ἔχει ἐνδιαφέρον κυρίως στὸν προσδιορισμὸ τῆς ἐκτασης τῶν βλαβῶν. Σέ μερικές περιπτώσεις μπορεῖ νά ἐπιβεβαιώσῃ τὴ διάγνωση ἀπὸ τὴν ἐξαφάνιση, τμηματικὴ ἢ ὁλοκληρωτικὴ, τῶν ἐντερικῶν πτυχώσεων, ὅποτε ἡ εἰκόνα τοῦ ἐντέρου μοιάζει μέ σκληρὸ σωλήνα. Ἡ σωληνοειδὴς αὐτὴ ὄψη τοῦ ἐντέρου συνοδεύεται μέ ἐλάττωσιν τῆς διαμέτρου του, πού ἐπεκτείνεται μέχρι τὸ ὄρθον.

Ἡ ἐξέταση τῶν κοπράνων συμπληρᾷ τὰ παρακλινικά στοιχεῖα τῆς ἐνδοσκόπησης καί τοῦ ἀκτινολογικοῦ ἐλέγχου. Βεβαιώνεται μ' αὐτὴ ἡ ἀπουσία παρασίτων καί ἀντίθετα ἡ ὑπαρξὴ παθογόνων βακτηριδίων. Οἱ καλλιέργειες κοπράνων ἐνδείκνυνται στίς ἐξάρσεις.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ

Ὁξεῖες μορφές. Σ' αὐτές εἶναι ἐντυπωσιακὴ ἡ βαρύτητα τοῦ φλεγμονώδους συνδρόμου, ἡ ἀσθενία τῆς αἱμορραγίας πού εἶναι ἀσυνήθιστη, ἡ ταχεῖα προσβολὴ τῆς γενικῆς κατάστασης, μέ ἀρυσάτωση, ὀλιγουρία καί ὄχι σπάνια ἀνουρία. Πρόκειται γιὰ ἐκτεταμένη ἐλκωτικὴ νέκρωσιν ὅλων τῶν χιτώνων. Ὁ θάνατος ἐπέρχεται σέ 5 - 6 ἐβδομάδες.

Τοπογραφικὲς μορφές. Ὁρισμένες εἶναι ἐντοπισμένες, ἀλλὰ εἶναι γνωστὸ ὅτι ἡ ἐπέκταση εἶναι ὀχαλίωτη καί κατὰ τίς κρίσεις καταλαμβάνει τελικὰ ὁλόκληρον τὸ παχὺ ἔντερον. Ὑφίστανται ἔτσι, ἀπὸ τὴν ἀρχὴ τουλάχιστον:

χαμηλές μορφές ὀρθοσιγμοειδικές, μέ μέτρια προσβολὴ τῆς γενικῆς κατάστασης, μορφές πού προσβάλλουν τὸ δεξιὸ παχὺ ἔντερον, τὸ ἀνιόν, μία ζώνη τοῦ ἐγκασίου, τὸ κατιόν.

Ἐπίσης μορφές πού εἶναι γενικευμένες ἀπὸ τὴν ἀρχή,



πού προσβάλλουν ολόκληρο τό παχύ έντερο, καί τέλος πού επέκτείνονται στόν τελικό είλεό καί πού παρατηρούνται σέ ποσοστό 10% περίπου τών περιπτώσεων. Ἡ προσβολή αὐτοῦ ἀποκαλύπτεται ἀκτινολογικῶς, μέ τό βαρυοῦχο ὑποκλυσμό, μέ τήν προϋπόθεση ὅτι εἶναι βαθή ἡ εἰλεοκολική βαλβίδα, ὅποτε ἡ τελευταία ἔλικα τοῦ εἰλεοῦ ἀπεικονίζεται καθήλωμένη καί διατηρούμενη σέ ἀπόσταση ἀπό τό τυφλό. Ἡ ἀπώλεια τῆς μαλακότητος τοῦ τοιχώματός της εἶναι ἐκδηλη καί ἡ εἰλεοκολική συμβολή τότε χάλινει.

Οἱ μοαρές στά παιδιά εἶναι σπάνιες καί παρατηροῦνται μεταξύ 5ου καί 10ου χρόνου τῆς ἡλικίας.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οἱ χρόνιες ἐπιπλοκές, πού παρατηροῦνται στίς μορφές μέ μέτρια βαρύτητα, εἶναι γενικέες, ὅπως ἀναίμικια, ὑποπρωτεϊναίμικια, ἡπατικές νεφρικές ἢ παγκρεατικές βλάβες.

Στίς χρόνιες τοπικές ἐπιπλοκές, παραλαμβάνονται οἱ στενώσεις, σπάνια σκληρές, κυρίως ὄγκος ἢ καρκινοποίηση, πού ἐκδηλώνεται μέ αἱμορραγίες, έντονη προσβολή τῆς γενικῆς κατάστασης καί σημειολογία ἀποφράξεως τοῦ παχέος έντέρου.

Ἀκτινολογικῶς ἀποκαλύπτεται στένωση, ἀρκετά ἐκτεταμένη, ὀμαλή.

Ἡ ὀρθοσκόπηση μπορεῖ νά βοηθήσει στή διάγνωση, γιατί στό 33% τών περιπτώσεων, τέτοιοι καρκίνοι έντοπίζονται στό ὄρθο ἢ στό ὀρθοσιγμοειδές. Παθολογοανατομικῶς πρόκειται συχνά γιά ἀδενικό ἐπιθηλίωμα, κολλοειδές. Στίς περιπτώσεις μέ πολλαπλές ταυτόχρονες έντοπίσεις πού εἶναι σχετικά συχνές, ὅπωςδήποτε οἱ καρκίνοι αὐτοί ἔχουν πολύ πιό σοβαρή πρόγνωση ἀπό ὅ,τι οἱ συνηθισμένοι τοῦ παχέος έντέρου.

Ὁξείες ἐπιπλοκές. Αὐτές παρατηροῦνται στή διαδρομή βαριῶν μοαῶν τῆς ἔλκοαιμορραγικῆς ὀρθοκολίτιδας.

Οἱ κατακλυσμαῖες αἱμορραγίες εἶναι συνηθισμένες, ἀλλά σπάνιες. Οἱ διατάσεις τοῦ παχέος έντέρου στή διάρκεια ὀξείας κρίσεως μέ μετεωρισμό κατά τό πλαίσιο του ἢ καμιά φορά έντοπισμένο στό ἐπιγάστριο, πού μποροῦν νά διαγνωσθοῦν μέ τήν ἀπλή ἀκτινογραφία χωρίς προετοιμασία. Οἱ διατάσεις αὐτές τοῦ έντέρου εἶναι σημεῖο συναγερμόυ μεγάλης ἀξίας, γιατί πολλές φορές τοῦτο εἶναι πρόδρομο σημεῖο διατρήσεως τοῦ τοιχώματός του.

Ἡ διάτρηση, πού κινδυνεύει νά περάσει ἀπαρατήρητη στή διαδρομή μιᾶς ὀξείας φάσεως τῆς ἔλκοαιμορραγικῆς ὀρθοκολίτιδας, γιατί ἡ γενική κατάσταση εἶναι σοβαρά ἐπηρεασμένη. Γίνεται νά ἀναζητεῖται ὁ πόνος στήν ψηλάφηση, τοιχωματική ἀντίδραση



πού είναι συχνά μόνο αντίσταση και όχι σύσπαση. Ἡ αντίδραση τῶν κοιλιακῶν τοιχωμάτων βρίσκεται χαμηλά στὸν ἀριστερό λαγόνιο βόθρο καὶ πρὸς τὴν κολοπαρειακὴ αὐλακὰ. Ἡ ἐπίκρουση ἀναζητᾶει μείωση ἢ ἐξαφάνιση τῆς ἥπατικῆς ἀμβλύτητας σὲ θέση ἡμικαθιστικῆ τοῦ ἀρρώστου. Ἀκτινολογικὰ τέλος ἀναζητεῖται εἰκόνα πνευμοπεριτοναίου, πού ἐπιβεβαιώνει τὴ διάγνωση.

ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΕΣ

Καλοῦνται αἱμοροΐδες οἱ κίρσοειδεῖς διατάσεις τῶν φλεβῶν τῆς ὀρθοπρωκτικῆς περιοχῆς.

Πρόκειται γιὰ πάθηση συχνή, συχνά σιφπηλή, μὲ ἰδιαίτερα μεγάλη συχνότητα μεταξύ 30οῦ καὶ 60οῦ χρόνου τῆς ἡλικίας καὶ σχεδόν τὴν ἴδια στάθμὴ φύλα.

Κάποτε ὑπάρχουν τοπικοὶ παράγοντες πού εἰναι τὴ φλεβικὴ στάση, ὅπως ὄγκος ἐνδοορθικός, καρκίνος ἢ καλοήθης ὄγκος τῆς ληκίδου, ὄγκος ἐξωορθικός πού παρεμποδίζει τὴν φλεβικὴ κυκλοφορία στὴν πύελο, ὅπως ἰναμίωμα τῆς μήτρας κ.λ.π. Ἄλλοτε ἡ αἰτία τῆς φλεβικῆς τάσεως εἶναι ἀπομακρυσμένη, ὅπως πυλαία ὑπέρταση στὴ διαδρομὴ κίρρωσεως. Τέλος ὑπάρχει κατηγορία αἱμορροΐδων, στὴν ὁποία δὲν ἐνέχεται αἰτιολογικὰ κάποια μηχανικὴ αἰτία, καὶ ὅπου πρέπει νὰ ἐνοχοποιηθοῦν γενικοὶ παράγοντες πού ἀλλοιώνουν τὸ φλεβικὸ τοίχωμα, ὅπως παχυσαρκία, ὑπέρταση, καθιστικὴ ἐπαγγελματικὴ δραστηριότητα κ.ά.

Παθολογικὴ ἀνατομία. Πρόκειται γιὰ ἀτρακτοειδέσ οἰδημα πού ἀναφαίνεται στὴ διαδρομὴ τοῦ φλεβιδίου ἢ μικρὲς σακκοειδεῖς διατάσεις πού κρέμονται ἀπὸ ἓνα φλεβικὸ μίσχο. Οἱ φλέβες ἀρχικὰ βλάπτονται στὸ ἐπίπεδο τῆς περιοχῆς τῶν βαλβίδων τοῦ Morgagni, περιοχὴ ἀναστόμωσης τῆς ἀνω αἱμορροϊδικῆς φλέβας, πού ἀνήκει στὸ σύστημα τῆς πυλαίας καὶ τῶν μέσων καὶ κάτω αἱμορροϊδικῶν φλεβῶν, πού ἀνήκουν στὸ σύστημα τῆς κάτω κοίλης φλέβας. Οἱ ἀναστατώσεις μεταξύ τῶν φλεβῶν αὐτῶν εἶναι πλούσιες στὸ ὑποβλεννογόνιο δίκτυο καὶ στὸ σφιγκτήρα.

Οἱ ἐσωτερικὲς αἱμορροΐδες ἀναπτύσσονται πρῶτες, σχηματίζουν ἑακτύλιο κυκλοτερῆ ἢ αμφοῦς μαιμονωμένους, στὴν περιοχὴ τῶν βαλβίδων τοῦ Morgagni. Δευτερογενῶς βλάπτονται οἱ κλάδοι πού προέρχονται ἀπὸ τὴν κάτω αἱμορροϊδικὴ φλέβα καὶ αὐτὲς πλέον εἶναι οἱ ἐξωτερικὲς αἱμορροΐδες.



κλινική σημειολογία. Ο άρρωστος προσέρχεται για εξέταση έξαιτίας:
ά λ γ ω ν πού συνοδεύονται μέ κ ά ψ ι μ ο, ά ν ώ δ υ ν ω ν α ί μ ο ρ ρ α γ ι ω ν μέ έρυθρό χρώμα αίματος πού αποβάλλεται με τ ά τ ις κ ε -
ώσεις ή τ α υ τ ό χ ρ ο ν α μ' αυτές.

Στήν τοπική εξέταση, πού πρέπει νά γίνει μέ πολύ καλό φωτισμό και σέ θέση γονατοαγκωνιαία, βρίσκονται είτε έξωτερικές αιμορροΐδες μέ 4 - 6 όζους πού έχουν χρώμα σκοτεινέρυθρο, είτε διαπιστώνονται αύ-
τές ύστερα από παραγγελία στόν άσθενή νά αφιχτεί. Άλλοτε μπορεί παρά
τίς προσπάθειες νά μήν άναφανεί ίχνος αιμορροΐδων. Τέλος οί έσωτερικές
αιμορροΐδες μπορούν νά διαγνωστούν μέ τήν δακτυλική εξέταση, σάν ο -
μ α λ ά μ α λ θ α κ ά ό ζ ί δ ι α. Η π ρ ω κ τ ο σ κ ό π η σ η έντελώς
άπαραίτητη φυσικά άσκαλύπτει τίς αιμορροΐδες αυτού του είδους.

Στήν ύπαρξη αιμορροΐδων είναι άπαραίτητο νά άναζητηθεί ή ύπαρξη
ό ρ θ ι κ ο υ δ γ κ ο υ ή τής π υ έ λ ο υ και νά έκτελεσθεί πρω-
κτοσκοπήση, όρθοσκοπήση και έλεγχος όκτινολογικός μέ βαρυούχο ύποκλυσμό.
Άλλά και από γενική άποψη πρέπει νά έκτιμηθεί τό μ έ γ ε θ ο ς και
ή σ ύ σ τ α σ η του ήπατος, του σπλήνα, νά άναζητηθεί ά σ κ ί τ η ς,
και τυχόν π α ρ ά π λ ε υ ρ η κ υ κ λ ο φ ο ρ ί α.

Έξέλιξη. Πραγματικές έπιπλοκές μπορούν νά επέλθουν, όπως:

1. Α ί μ ο ρ ρ α γ ί α, πού, από τήν ιδιότητά της νά επαναλαμβάνεται
συχνά αλλά και τήν έντασή της, μπορεί νά προκαλέσει ό ξ ε ί α ά ν α ι -
μ ί α.

2. Π ρ ό π τ ω σ η α ί μ ο ρ ρ ο ΐ δ α ς, πού όταν δέν έχει θ ρ ο μ -
β ω θ ε ΐ, εύκολα είναι άνατάξιμη.

3. Η θ ρ ό μ β ω σ η, πού άποτελεί και τήν πιό β α ρ ι ά έπιπλοκή.

α) Η θρόμβωση των έξωτερικών αιμορροΐδων συνίσταται σέ δ ι ό γ κ ω -
σ η έ π ώ δ υ ν η έξωτερικευθείσα, πού έχει μέγεθος μέχρις ά μ υ γ -
δ ά λ ο υ και πλέον, μέ σκοτεινό χρώμα, τ ε τ α μ έ ν η κ ι έξαιρετι-
κά έ π ώ δ υ ν η σ τ ή ν ψ η λ ά φ η σ η. Είναι άναγκαίο πολύ συχνά
νά έκτελεστεί σθάση για νά κενωθεί από τό θρόμβο πού περιέχει. Μερικές
φορές ύφίεται α ύ τ ό μ α τ α, αλλά συνήθως ή ύφραση είναι άτελής.

β) Η θρόμβωση των έσωτερικών αιμορροΐδων είναι πιό έ π ι κ ί ν δ υ -
ν η και συχνά συνοδεύεται μέ π υ ρ ε τ ό. Σέ όρισμένες περιπτώσεις
έξωτερικεύονται οί θρομβωμένες αυτές αιμορροΐδες και συνθέτουν τότε
τήν εικόνα του "σ τ ρ α γ γ α λ ι σ μ ο υ τ ω ν α ί μ ο ρ ρ ο ΐ -
δ ω ν" πού συνίσταται σέ ά ν ώ μ α λ η δ ι ό γ κ ω σ η σ κ ο τ ε ι -
ν ό χ ρ ω μ η, έ ξ ε λ κ ω μ έ ν η σέ όρισμένα σημεία και σχεδόν μ ή
ά ν α τ ά ξ ι μ η. Στή θρόμβωση έσωτερικής αιμορροΐδας μέ τή δακτυλι-
κή εξέταση, διαπιστώνεται σ κ λ η ρ ή δ ι ό γ κ ω σ η, έξαιρετικά



έπωδυνη, πού μπορεί νά επεκτείνεται πρὸς τὰ πάνω σάν κορδό-
νι, ἐπίσης σκληρό καί έπωδυνο καί πού συντίθεται τότε
φλεβίτιδα υπεραϊμορροϊδική.

4. Τέτοιες φλεβίτιδες, σάν τήν παραπάνω, μπορούν ἐπίσης νά επιπλακούν
τοπικά μέ άπόστημα καί ρήξη τῶν άγγείων καί άπομακρυσμένα μέ
θρομβοφλεβίτιδα τοῦ συστήματος τῆς πυλαίας
φλέβας.

Συμπερασματικά οἱ αἱμορροΐδες άποτελοῦν μερικές φορές σύμ-
πτωμα, πού έπιβάλλει νά άναζητηθεΐ όγκος τοῦ όρθοῦ ή τῆς πυέλου,
πυλαία υπέρταση. Οἱ έσωτερικές αἱμορροΐδες έχουν πολύ πιό βαριά πρόγνω-
ση από ό,τι οἱ έξωτερικές.

ΠΕΡΙΕΔΡΙΚΑ ΣΥΡΙΓΓΙΑ

Πρόκειται γιά παθολογική έπικοινωνία τοῦ αύλοῦ τοῦ όρθοῦ μέ τό
δέρμα μέσω συριγγώδους πόρου.

Αυτά είναι πάντοτε έπακόλουθα περιεδρικού ά-
ποστήματος, τά όποια όταν διανοίγονται αυτόματα, κατά τρόπο
πρακτικά σταθερό δίνουν γένεση σέ συρίγγιο.

Πρέπει πάντοτε αίτιολογικά νά άναζητεΐται μιá σημαντικότερη νό-
σος τοῦ όρθοπρωκτικοῦ σωλήνα, υπόλογη γιά τή διατήρηση τοῦ συριγγίου,
όπως καρκίνος, φλεγμονώδης στένωση, φυμα-
τίωση τῆς περιοχῆς κ.λ.π.

Παθολογική άνατομία. Άνάλογα μέ τή θέση τοῦ συριγγίου
σέ σύγκριση μέ τό σφιγκτηριακό μηχανισμό τοῦ πρωκτοῦ, διακρίνονται:

1. Τά υποβλεννογόνια συρίγγια ή ένδοσφιγκτη-
ριακά, πού βρίσκονται κάτω από τό δέρμα καί τό βλεννογόνο καί έξέρ-
χονται στίς πρακτικές πτυχές.
2. Τά διασφιγκτηριακά συρίγγια, τά όποια διασχίζουν τόν
σφιγκτήρα σέ διάφορα επίπεδα.
3. Τά έξωσφιγκτηριακά συρίγγια, τῶν όποιών τό
έσω στόμιο είναι πάντοτε πιό πάνω από τόν σφιγκτήρα καί ἐπίσης πάνω ή
κάτω από τόν άνελκτήρα. Τό έξωτερικό τους στόμιο είναι συχνά μακριά
από τό πρακτικό δακτύλιο. Διακλαδώσεις πολλές κάνουν τή διαδρομή τοῦ
συριγγώδη πόρου τοῦ συριγγίου σύνθετη καί πού δύσκολα τότε μπορεί νά
καθετηριαστεΐ.
4. Τέλος υπάρχουν τά τυφλά συρίγγια, πού έχουν πόρο μέ ένα στόμιο
(έσω ή έξω τυφλά). (έκ. 95)

Κλινικά σημεΐα.

Ο άρρωστος έξετάζεται γιά έπίμονη ρύση στήν περιοχή
τοῦ πρωκτοῦ πού έπιβάλλει πολλές φορές τήν ήμέρα άλλαγή έσπορούχων.



Υπάρχει πάντοτε κ ν η σ μ ό ς έντονος του δακτυλίου.

Από τό ιστορικό διαπιστώνεται ότι ή ρύση αυτή είναι έπακόλουθη είτε αυτόματης διάνοιξης μιās πλώδους συλλογής (περιεδρικού άποστήματος), είτε χειρουργικής διάνοιξης ενός θερμού άποστήματος και του όποιου ή παροχέτευση ήταν απόλυτα αωστή.

Η εξέταση του άρρώστου γίνεται μέ άπλετο φωτισμό και σέ γονατο-αγκωνιαία θέση. Καμιά φορά ή άποκάλυψη του έξω στομίου του συριγγίου είναι εύκολη, στο κέντρο μιās μικρής έλκωσης. Πολύ συχνά τό δερματικό στόμιο άποκρύπτεται από τίς άκτινοειδώς φερόμενες πτυχές του πραικτού, γι' αυτό πρέπει νά διαταθεϊ ή περιοχή και έτσι νά άποκαλυφθεϊ. Ο καθετηριασμός του συριγγίου μέ μήλη πρέπει νά γίνεται προσεκτικά. Συνιστάται ή χρησιμοποίηση λεπτού ούρηθρικού καθετήρα πού είναι λιγότερο τραυματικός. Έτσι για τήν έκτέλεσή του τοποθετείται ένα δάκτυλο στόν πραικτικό σωλήνα πού πάρακολουθεϊ τήν πρόοδο του καθετήρα πού ώθεϊται ήπια μέ τό άλλο χέρι όταν τό συρίγγιο είναι έκασφικτηριακό. Σέ περίπτωση έξω-σφικτηριακού συριγγίου ο καθετήρας άπαιμακρύνεται, καθ' όν χρόνο προχωρεί στόν πόρο, από τό δάκτυλο πού βρίσκεται στό όρθό και διαχωρίζεται από όλο τό πάχος του μυϊκού σφικτήρα. Η πραικτοσκόπηση και ή όρθοσκόπηση πρέπει συστηματικά νά έκτελούνται για τόν προσδιορισμό τής κατάστασης του πραικτού και του όρθου. Είναι δυνατόν πολλές φορές νά συνδυαστούν οι εξέτασεις αυτές μέ τήν έγχυση χρωσμένου διαλύματος μέσα στόν συριγγώδη πόρο.

Συχνά ή συριγγογραφία μέ ιωδιούχο διάλυμα είναι πολύ χρήσιμη στά έξωσφικτηριακά συρίγγια.

Τά περιπραικτικά συρίγγια ποτέ δέν θεραπεύονται αυτόματα. Από αυτά εκείνα πού έχουν συριγγώδη πόρο άνώμαλο και βαθύ, εξέλισσονται μέ φάσεις ύέσεως και βελτιώσεως, πού διακόπτονται από φλεγμονώδεις έπιπλοκές (διαπύηση, πυρετός κ.λ.π.). Η επέκταση τότε είναι προσδευτική μέχρις ότου τελικά σχηματισθούν και άλλες διακλαδώσεις του πόρου. Η μόνη έπαρκής θεραπεία είναι ή χειρουργική επέμβαση, πού πρέπει νά είναι απόλυτα έπιτυχής, δηλαδή νά έχει έπιτύχει τήν ολοκληρωτική έκταμή του συριγγίου, γιατί άλλωώς ή τάση για νετεγχειρητικές ύποτροπές είναι μεγάλη.

ΡΑΓΑΔΑ ΤΟΥ ΔΑΚΤΥΛΙΟΥ

Πρόκειται για έλκωση έπιπόλαια πού έντοπίζεται στό βάθος μιās από τίς άκτινωτές πτυχές του πραικτού, έλκωση πού συνοδεύεται μέ επέδυση σύσπαση του σφικτήρα και πού δέν έχει τήν τάση για αυτόματη ίαση. Ο κ ν η σ μ ό ς του δακτυλίου και τά περιπραικτικά συρίγγια είναι προδιαθετικοί παράγοντες. Βασικά όμως στά 70% περίπου τών περιπτώσεων έννοχίζονται οι **αιμορροΐδες**.



Έκλεκτικά οι ραγάδες έντοπίζονται στο όπισθιο μισό του σφιγκτήρα, πιά σπάνια στο πρόσθιο.

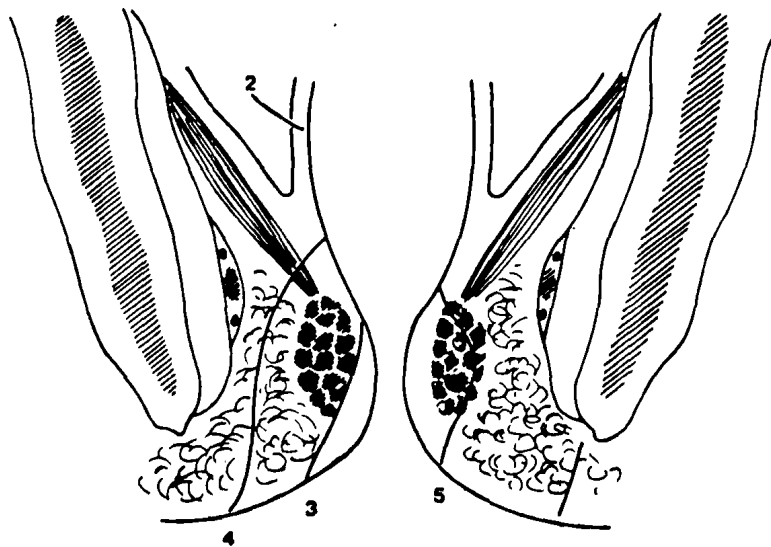
Στήν κλινική σημειολογία τό ε λ γ ο ς άρχίζει τή στιγμή τής διόδου τών κοπράνων από τό σφιγκτήρα. Έχει χαρακτήρα δ ι ά σ χ ι σ η ς μέ κ ά ψ ι μ ο μ α ζ ί. Μετά από βραχείας διάρκειας ύφεση, ξαναρχίζει καί γίνεται άνυπόφορος. Διάρκει από 15 πίν. μέχρι μισή ώρα.

Στήν εξέταση μέ άπλετο φωτισμό καί σέ γονατοαγκωνιαία θέση καί μέ τάση τών περιπρακτικών πτυχών, διακρίνεται γ ρ α μ μ ο ε ι δ ή ς ξ λ - κ ω σ η, πού γίνεται πιά έμφανής όταν παραγγέλεται στον έξεταζόμενο νά σφίγγεται έλαφρώς.

Η έλκωση έκτείνεται άκολουθώντας πτυχή του βλεννογόνου. Έχει χρώμα σ κ ο τ ε ι ν έ ρ υ θ ρ ο, α ί μ ο ρ ρ α γ ι κ ό, καί μέ τήν παραικρή έπαφή προκαλεί έ π ώ δ υ ν η σύσπαση του σφιγκτήρα.

Στήν από πολύ καιρό χρονολογούμενη ραγάδα, ή άψη της είναι έλκωτική καί ά τ ο ν η. Όχι σπάνια έκτείνεται πρós τά πάνω στον πρακτικό σελήνα. Ό πυθμένος της είναι γ κ ρ ί ζ ο ς καί ό μ α λ ό ς, ύφίσταται δέ ρύση πώδης ή αίμορραγική.

Όπωσδήποτε οι ραγάδες επιβάλλουν τόν πλήρη έλεγχο του πρακτικού σελήνα για τόν άποκλεισμό νεοπλασματικής έξεργασίας πού συνυπάρχει.



Σχ. 95 Τύποι περιεδρικών σφριγγίων.

1. Έξω τυφλό.
2. Έσω "
3. Έσωσφιγήτηριακό.
4. Έξωσφιγήτηριακό.
5. Διασφιγήτηριακό.

Κ. Η. Δ Ε Σ

Οι κήλες χαρακτηρίζονται από την πρόπτωση ένδοκοιλιακών σπλάγχχνων μέσω ενός φυσιολογικού ή παθολογικού τρήματος, μέσα σέ σάκκο πού σχηματίζεται από τό περιτόναιο. (Σχ.96)

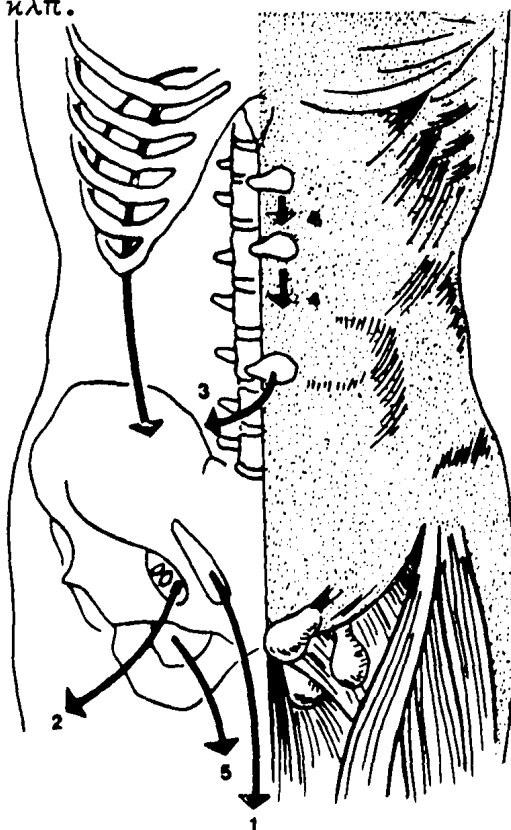
Υπάρχουν δύο μεγάλοι τύποι κηλών:

1. Ο ί σ υ γ γ ε ν ε ι ς κ ή λ ε ς, πού σχηματίζονται από περιτοναϊκό σάκκο πού ύφίσταται στην έμβρυϊκή ζωή, (τέτοιος τύπος είναι για παράδειγμα ή συγγενής βουβωνοκήλη).

Οι κήλες αυτές μπορεί νά υπάρχουν στό νεογέννητο ή νά αναφανούν πιό άργότερα στην ένηλικίωση.

2. Ο ί έ π ί κ τ η τ ε ς κ ή λ ε ς, πού δημιουργούνται σέ σημεία μειωμένης άντιστάσεως τών κοιλιακών τοιχωμάτων (όμφαλοκήλη του ένηλικού, εύθεια βουβωνοκήλη).

Οι πιό συχνές κήλες τών κοιλιακών τοιχωμάτων είναι εκείνες πού έδράζονται στή βουβωνική περιοχή, στή μηροβουβωνική καί στήν όμφαλική. Άντίθετα οι πιό σπάνιες κήλες έδράζονται σέ άλλα σημεία του κοιλιακού τοιχώματος, όπως στή λευκή γραμμή, στήν όσφυϊκή περιοχή, στό θυροειδές τρήμα, στήν περινεϊκή περιοχή κλπ.



Σχ. 96 Διάφορα είδη κηλών.

1. Βουβωνοκήλη. 2 Μηροκήλη. 3 Όμφαλοκήλη.
4 Κήλη λευκής γραμμής. 5 Κήλη θυροειδούς τρήματος.



Π α θ ο λ ο γ ι κ ή ά ν α τ ο μ ί α .

1. Τ ό κ η λ ι κ ό τ ρ ή μ α ε ί ν α ι ά λ λ ο τ ε έ ν α ς ά π λ ό ς μ υ ο α π ο ν ε υ ρ ω τ ι κ ό ς δ α κ τ ύ λ ι ο ς , ό π ω ς σ τ ή ν κ ή λ η τ ή ς λ ε υ κ ή ς γ ρ α μ μ ή ς , ά λ λ ο τ ε έ ν α ς π ό ρ ο ς , ό π ω ς σ τ ή β ο υ β ω ν ο κ ή λ η , σ τ ή μ η ρ ο κ ή λ η , μ é έ ν α σ τ ό μ ι ο έ σ ω τ ε ρ ι κ ό β α θ ύ κ α ί έ ν α έ ξ ω τ ε ρ ι κ ό έ π ι φ α ν ε ι α κ ό . (ε χ . 97)

 ' Η κ ή λ η μ π ο ρ ε ί ν á δ ι α σ χ ί ζ ε ι τ ό τ ο ί χ ω μ α λ ο ξ á á π ό έ ξ ω π ρ ό ς τ á μ é ς α (έ ξ ω λ ο ξ ή κ ή λ η) ή á π ό τ á μ é ς α π ρ ό ς τ á έ ξ ω (έ σ ω λ ο ξ ή κ ή λ η) ή á κ ό μ η κ á θ ε τ α κ α ί κ α τ ε υ θ ε ί α ν á π ό τ á π ί σ ω π ρ ό ς τ á μ π ρ ό ς (ε ύ θ ε ί α κ ή λ η) .

 ' Α ν á λ ο γ α μ é τ ή δ ι α δ ρ ο μ ή τ ή ς κ ή λ η ς σ τ ό ν π ό ρ ο τ η ς δ ι α κ ρ ί ν ο ν τ α ι :

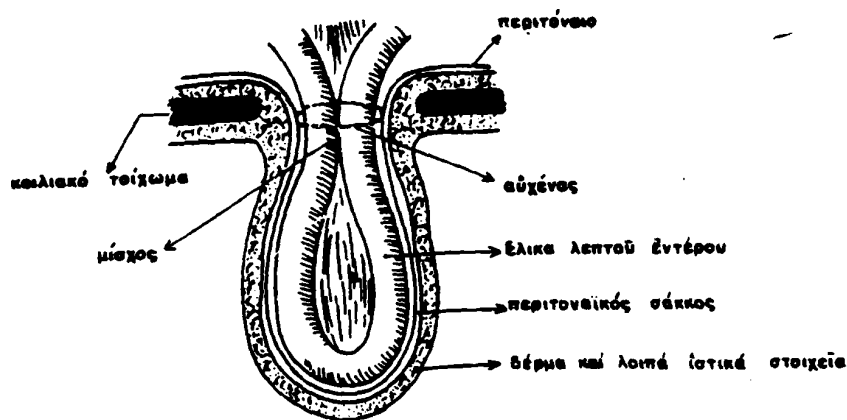
α. Κ ή λ η ς π ό υ β ρ ί σ κ ο ν τ α ι σ τ ό έ σ ω τ ε ρ ι κ ό σ τ ό μ ι ο , (á ρ χ ό μ ε ν η ς) .

β. Κ ή λ η ς π ό υ β ρ ί σ κ ο ν τ α ι μ é ς α σ τ ή δ ι α δ ρ ο μ ή τ ο ύ π ό ρ ο υ (δ ι á μ ε ς η κ ή λ η) .

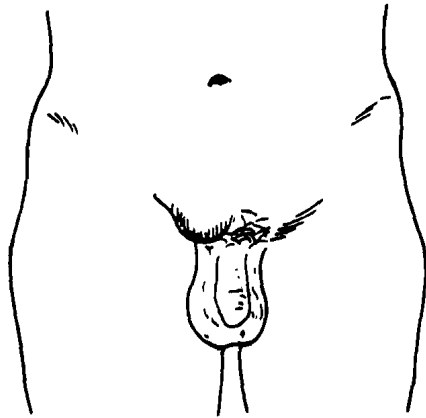
γ. Κ ή λ η ς π ό υ ξ ε π ε ρ ν ο ύ ν τ ό έ ξ ω τ ε ρ ι κ ό σ τ ό μ ι ο : π λ ή ρ η ς κ ή λ η .

 ' Ο á υ χ é ν α ς τ ή ς κ ή λ η ς ε ί ν α ι ή σ τ ε ν ο μ é ν η ζ ώ ν η τ η ς π ό υ δ ι α τ ρ é χ ε ι τ ό ν π ό ρ ο .

2. Ο ί χ ι τ ῶ ν ε ς τ ή ς κ ή λ η ς π ε ρ ι λ α μ β á ν ο υ ν τ ό ν κ η λ ι κ ό σ á κ κ ο , π ό υ σ χ η μ α τ ί ζ ε τ α ι á π ό τ ό π ε ρ ι τ ό ν α ι ο , κ α ί τ á έ ξ ω τ ε ρ ι κ á σ τ ρ ῶ μ α τ α á π ό τ á τ ο ι χ ω μ α τ ι κ á σ τ ο ι χ ε ί α , π ό υ έ χ ο υ ν á π ω θ η θ ε ί á π ό τ ό σ á κ κ ο .



ε χ . 97 . Τ ύ π ο ς κ ή λ η ς σ χ η μ α τ ι κ á .



Σχ. 28. Η κήλη δημιουργεί υποστρόγγυλη διόγκωση στη βουβωνική περιοχή, σέ θρθιο έξεταζόμενο.

α. Ο κηλικός σάκκος σχηματίζεται από περιτοναϊκό έκκόλπωμα πού συνέχεται μέ τό περιτόναιο στην περιοχή του έσωτερικού κηλικού στομίου.

β. Τά έξωτερικά στρώματα της κήλης ανταποκρίνονται στά διάφορα ανατομικά στοιχεία του τοιχώματος, πολύ ή λιγότερο τροποποιημένα.

γ. Τό κηλικό περιεχόμενο αντιπροσωπεύεται πιά συχνά από τό λεπτό έντερο καί τό παχύ, τό επίπλου, αλλά καμιά φορά από άλλα σπλάχνα όπως ούροδόχος κύστη, ώσθήκη, στόμαχος καί καμιά φορά ήπαρ, όπως στην όμφαλοκήλη σέ νεογνό.

ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΠΛΗΣ ΚΗΛΗΣ

Δειτουργικά σημεΐα. Οί περισσότερες από τίς κήλες είναι άνώδυνες. Καμιά φορά είναι ένοχηλητικές ή έπώδυνες στην προσπάθεια, στό βάδισμα ή άκόμη στην παρατεταμένη όρθοστασία. Οί έπώδυνες κήλες είναι συχνά οί μικρού μεγέθους. (ε×38)

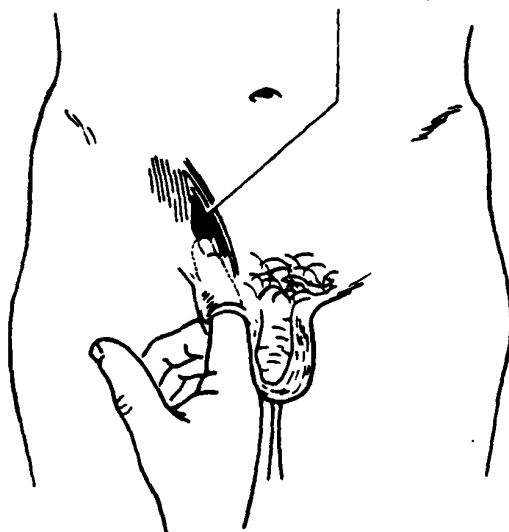
Φυσικά σημεΐα. Αύτά είναι κοινά σ'όλες τίς κήλες.



Ἡ ἐξέταση τοῦ ἀρρώστου πρέπει νά γίνεται σέ ὄρθια θέση καί μετά σέ κατακεκλιμένη. Ὅρισμένες κήλες ἐξαφανίζονται ἢ μειώνονται όταν ὁ ἀρρώστος εἶναι ἐξαπλωμένος. Εἶναι καμμιά φορά ἀναγκαῖο νά παραγγελεῖ νά βαδίσει ὁ ἐξεταζόμενος ἢ νά βήξει γιά νά ἀναφανεῖ ἡ κήλη.

Στήν ἐπισκόπηση ἡ κήλη σχηματίζει μιά ὑποστολόγυλη ὀμαλή διόγκωση. Στήν ψηλάφηση ἐπιτρέπεται ἡ ἐκτίμηση τῆς συστάσεως τοῦ περιεχομένου τῆς πού ποικίλει ἀνάλογα μ'αυτό: ἐλαστικό, μαλακό, ἀν πρόκειται γιά ἔντερο, μαλακό μέ αἰσθηση κοκκιώδη, ἀν πρόκειται γιά ἐπίπλου, καθώς καί ἡ ἀναγνώριση τοῦ μίσχου τῆς κήλης, πού εἰσέρχεται στήν περιτοναϊκή κοιλότητα. Στήν ἐπίκρουση βρίσκονται τυμπανικότητα ἀν πρόκειται γιά ἔντερο ἢ ἀμβλύτητα ἀν εἶναι ἐπίπλου.

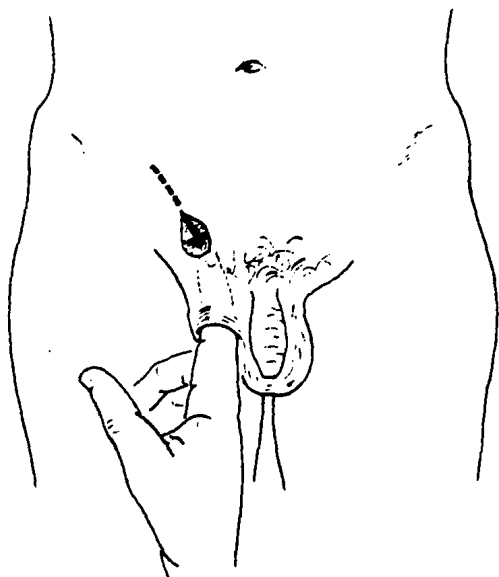
1. Τό ἀνατάξιμο τῆς κήλης. Ὁ ἀρρώστος ἐξαπλωμένος μπορεῖ μόνος του νά ἀνατάξει τό περιεχόμενο τοῦ κηλικοῦ σάκκου στήν περιτοναϊκή κοιλότητα. Ὁ χειρισμός αὐτός εἶναι εὐκολός στις κήλες μέσου μεγέθους, ἐνῶ στις μεγάλες ἀπαιτεῖ ὑπομονή, ἠπιότητα στους χειρισμούς καί καλή τεχνική. Ἡ ἀνάταξη συνοδεύεται ἀρκετές φορές μέ γλου-γλουκισμό, όταν τό ἀνατασσόμενο σπλάγχνο εἶναι ἔντερο. (ἐκ. 99) Μετά τήν ἀνάταξη τῆς κήλης ὁ δείκτης μπορεῖ νά ἐρευνήσῃ τό κηλικό στόμιο, νά ἐκτιμήσῃ τίς διαστάσεις του καί τήν ἀξία τῶν μυοαπονευρωτικῶν τοιχωμάτων πού μπορεῖ νά τά περιλάβει μεταξύ του ἐξετάζοντας δείκτη καί τοῦ ἀντίχειρα. (ἐκ. 100)



Σχ. 99 Διερεύνηση τοῦ κηλικοῦ στομίου ὑστερα ἀπό ἀνάταξη τῆς κήλης.



2. Ἡ ὠθηση τῆς κήλης κατά τὸ βῆχα γίνεται ἀντιληπτή μετὴν πλήξη τοῦ δείκτη, πού βρίσκεται μέσα στό κηλικό στόμιο. Μὲ τὴν ἐξέταση αὐτὴ βρίσκονται ἐξ ἄλλου οἱ κήλες μικροῦ μεγέθους. (Σχ 101)

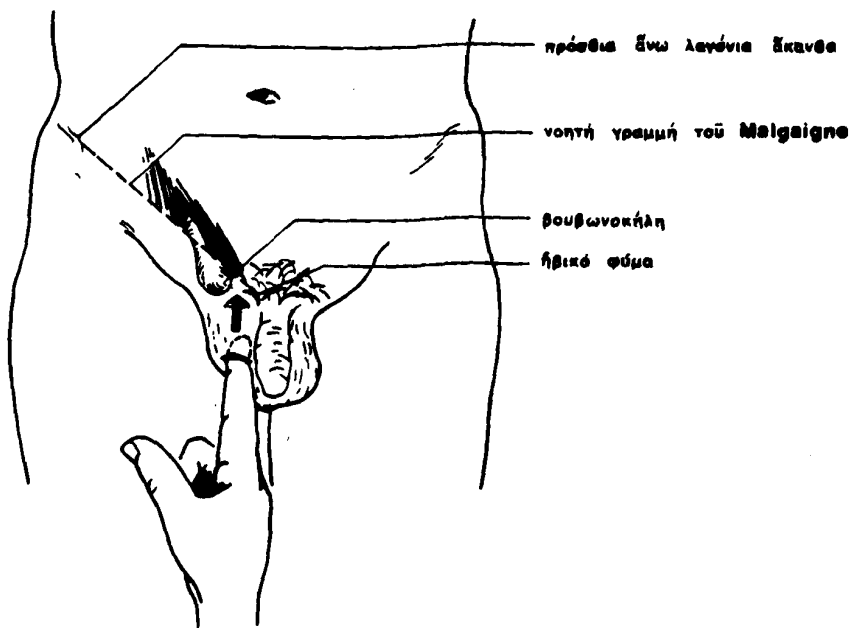


Σχ. 100 Πλήξη τῆς θηλῆς τοῦ ἐξετάζοντος δακτύλου ἀπὸ τὸ περιεχόμενον τῆς κήλης κατά τὸ βῆχα.



Εἰκ. Διερεύνηση τοῦ στομίου τοῦ βουβωνικοῦ πόρου.





Σχ. 101 Ὅ δείκτης ἀναθεπλώνει τὸ δέρμα τοῦ δοχέου; ἀνέρχεται στό κηλικό στόμιο καὶ ἀπωθεῖ τὴν κῆλη.

Ἡ κλινικὴ ἐξέταση ολοκληρώνεται μὲ τὴ διερεύνηση καὶ ἄλλων τρημάτων, δυνητικῶν ἀναπτύξεως κῆλης καὶ τὴν ἐκτίμηση τοῦ τόνου καὶ τῆς ποιότητος τῶν μυϊκῶν τοιχωμάτων, γεγονός χρήσιμο γιὰ τίς δυνατότητες ὀρθῆς ἐγχειρητικῆς ἀποκαταστάσεως. Γιὰ τὸ σκοπὸ αὐτό, ἐνῶ ὑπλαφᾶται ἡ κοιλιά, παραγγέλουμε στὸν ἐξεταζόμενο πού εἶναι ἑαπλωμένος, νὰ ἐγερθεῖ χωρὶς νὰ βοηθηθεῖ μὲ τὰ χέρια του, ὅποτε, γιὰ νὰ τὸ ἐπιτύχει προκαλεῖ ἐντονη σύσπαση τῶν κοιλιακῶν τοιχωμάτων.

Δ ι ἄ γ ν ω σ η. Ἡ αὐτόματη κῆλη πρέπει νὰ διακρίνεται ἀπὸ τὴ μετατραυματικὴ ἢ τὴ μετεγχειρητικὴ. Μικρὴ κῆλη μπορεῖ νὰ περάσει ἀπαρατήρητη, σὲ παχύσαρκα κυρίως άτομα, ἐνῶ ἡ μέσου μεγέθους δέν πρέπει νὰ συγχέεται μὲ λίπωμα, ψυχρὸ ἀπόστημα, ἀδενίτιδα, ἀφοῦ μὲ τὸ βῆχα δέν πλήττουν τὸν ἐξετάζοντα δάκτυλο, ἀλλὰ οὔτε καὶ μεγεθύνονται κατ'αὐτόν.

Ἐ ξ ἔ λ ι ξ η. Αὕτὴ ἐξαρτᾶται ἀπὸ τὸν τύπο τῆς κῆλης.



Όποσδήποτε ή κήλη ένηλίκου δέν μπορεί νά θεραπευθεϊ αυτόματα.

1. Μερικές, είναι άνεκτές και δέ διατρέχουν σοβαρό κίνδυνο περισφιγξέως. Αντίθετα μπορούν νά αύξηθοῦν σέ όγκο και νά γίνουν γιγαντιαίες. Σέ μερικές περιπτώσεις ή κήλη είναι πραγματική άναπηρία, άφοῦ έπιβάλλει σημαντική έλάττωση τής προσπάθειας για έργασία, έμποδίζει τόν άρρωστο νά βήξει ή νά βαδίσει, κι άκόμη νά έχει δυσκολία στην άφόδευση.

2. Άλλες κήλες διατρέχουν σοβαρό κίνδυνο περισφιγξέως, έξ αίτίας του ένώδους κηλικού στομίου, πού παραμένει σταθερό σέ μέγεθος, και φυσικά αυτές έπιβάλλεται νά χειρουγούνται έγκαιρα.



Εύκ. Έξαιρετικά εύμεγέθους βουβωνοκήλη άριστερά.



Είκ. Τό μετεγχειρητικό αποτέλεσμα.

ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΗ ΚΗΛΗ

Περίσφιγξη τῆς κήλης. Πρόκειται γιά τήν πιά βαριά καί τήν πιά συχνή επίπλοκή τῶν κηλῶν.

Ἡ περίσφιγξη χαρακτηρίζεται ἀπό τή σύσφιξη τοῦ κηλικοῦ περιεχομένου, μέσα στόν κηλικό σάκκο. Πολύ συχνά αὐτή ἀφορᾷ στό λεπτό ἔντερο ἢ στό ἐπίπλουν, πολύ πιά σπάνια σέ ἄλλα ὄργανα, ὅπως σάλπιγγες, οὔροδόχος κύστη, ὠοθήκες. Ἡ περίσφιγξη καταλήγει σέ σφακέλωση τῶν περισφιγμένων ὀργάνων σέ ἀπουσία χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως, στή διάτρωση καί περιτονίτιδα καί τελικά στό θάνατο.

Μηχανισμός περισφίξεως. Τό κηλικό περιεχόμενο μπορεῖ νά στραγγαλισθεῖ:

1. Σέ μιά στένωση τοῦ κηλικοῦ σάκκου. Εἶναι ἡ περίπτωση τῆς συγγενοῦς βουβωνοκήλης, ὅπου τό περιεχόμενό της μπορεῖ νά στραγγαλισθεῖ σέ παραμένοντα δακτύλιο τοῦ Ramonéde, πού προκαλεῖ γι' αὐτό στένωση τοῦ ἑλυτροειδοῦς πόρου καί ὄχι ἀπόφραξη ὅπως φυσιολογικά.

2. Σέ κηλικό στόμιο ἰσῶδες, σταθερό καί ἀμετάβλητο. Πρόκειται γιά τήν περίπτωση τῆς μηροκήλης.

3. Ἐξ αἰτίας ἐνδοκηλικῶν συμφύσεων, ὅπου τά στοιχεῖα τοῦ σάκκου ἔχουν χάσει τίς ιδιότητες τοῦ ὀρογόνου. Πρόκειται γιά τήν περίπτωση τῆς ὀμφαλοκήλης.

Κλινική σημειολογία.

Τρία σημεῖα χαρακτηρίζουν τήν περίσφιγξη τῆς κήλης:



Ἡ κήλη εἶναι ἐπώδυνη ἔντονα στὸν αὐχένα της, δέν ἀνατάσσεται καὶ δέν μεταβάλεται μέ τὸ βῆχα τὸ μεγεθός της.

Συχνά πρόκειται γιὰ ἄρρωστο πού γνώριζε τὴν ὕπαρξη τῆς κήλης, πού μέχρι τότε ἦταν ἀνατάξιμη καὶ δέν προκαλοῦσε ἐνοχλήματα, ἐνῶ μερικές φορές ἀντίθετα ἡ κήλη ἦταν ἀγνοούμενη ἢ ἀκόμη ἡ ἀναπτυξή της ἦταν πρόσφατη καὶ αἰφνίδια στραγγαλίστηκε. Λειτουργικά σημεῖα. Ἡ ἐναρξη τῆς περισφιγξέως χαρακτηρίζεται ἀπὸ ἐντονο πόνο στὴν κήλη, πού ἀκολουθεῖται ἀμέσως μέ ἐντερικούς καὶ κολικούς, ναυτία, καὶ έμετούς.

Ἡ ναυτία καὶ οἱ έμετοί εἶναι πρώϊμοι, μέσα στίς πρώτες ὥρες. Ἀρχικά εἶναι τροφώδεις καὶ βλενωνώδεις, ἀργότερα γίνονται πρασινωποί, χολώδεις καὶ τέλος, ἀρκετά ἀργότερα, κοπρανοειδεῖς. Ἡ ἀναστολή τῆς ἀποβολῆς ἀερίων καὶ κοπράνων εἶναι ἐπίσης σημαντικό σημεῖο, ἀλλά μπορεῖ νά λείπει ἢ νά ἔχει ἀντικατασταθεῖ μέ διάρροιες. Ὁ πόνος καὶ ἡ ἀναστολή ἀποβολῆς ἀερίων εἶναι τὰ πιά χαρακτηριστικά σημεῖα τῆς περισφιγξέως τῆς κήλης.

Γενικά σημεῖα. Ἡ θερμοκρασία εἶναι φυσιολογική, ὁ σφυγμός ταχύς, ἡ γενική κατάσταση ἀκόμη καλή.



Εἰκ. Περισφιγμένη βουβωνοκήλη δεξιά.
Ὁ ἄσθενής στό χειρουργικό τραπέζι.



Είκ. Περιφυγμένη βουβωνοκήλη άρρστερσί.

Φ υ σ ι κ ά σ η μ ε ι ς . Σ τή ν έ ξ έ τ α σ η ή κ ή λ η ε ί ν α ι τ ε -
τ α μ έ ν η , έ π ώ δ υ ν η , μ έ τ ό μ έ γ ι σ τ ο τ ο ύ π ό ν ο υ σ τ ό ν
α ύ χ έ ν α τ η ς , δ έ ν μ ε τ α β á λ λ ε τ α ι μ έ τ ό β ή χ α á λ λ á
κ α í δ έ ν á ν α τ á σ σ ε τ α ι . ' Η κ ο ι λ ι á μ π ο ρ ε í ν á ε ί ν α ι
μ ε τ ε ω ρ ι σ μ έ ν η , ό π ω ς κ α í ν á π α ρ α τ η ρ ο ύ ν τ α ι π ε ρ ι σ τ α λ τ ι -
κ á κ ú μ α τ α σ ' α ύ τ ή . Π ρ ό κ ε ι τ α ι τ ό τ ε á κ ρ ι β ώ ς γ ι á τ ή
χ ε ι ρ ο υ ρ γ ι κ ή π ε ρ í ο δ ο , π ο ú ή έ π ε ί γ ο υ ς á έ π έ μ β α σ η σ τ ή φ á σ η á ύ τ η
ó ι ν ε ι κ α τ á τ ε κ μ ή ρ ι ο έ ξ α ι ρ ε τ ι κ á θ ε ρ α π ε υ τ ι κ á á π ο τ ε λ é σ μ α τ α .
' Ε ξ έ λ ι ξ η . Χ ε ι ρ ο υ ρ γ ο ú μ ε ν η γ ρ ή γ ο ρ α ή κ ή λ η , θ ε ρ α π ε ú ε τ α ι
κ α τ á κ α ν ó ν α , έ ν ώ σ é á ν τ í θ ε τ η π ε ρ í π τ ω σ η έ ξ ε λ í σ σ ε τ α ι σ τ ή γ ε ν ι -
κ ε υ μ έ ν η ό ξ ε í α π ε ρ ι τ ο ν í τ ι δ α , έ ξ á ι τ í α ς τ ή ς ν ε κ ρ ώ σ ε ω ς κ α í δ ι α -
τ ρ ή σ ε ω ς τ ο ú κ η λ ι κ ο ú π ε ρ ι ε χ ο μ έ ν ο υ , π ο ú á ν α τ á σ σ ε τ α ι τ ό τ ε á ύ τ ó -
μ α τ α μ έ σ α σ τ ή ν π ε ρ ι τ ο ν α í κ ή κ ο ι λ ó τ η τ α . ' Η έ ξ έ λ ι ξ ή τ η ς á κ ó μ α
σ é κ ο π ρ α ν ώ δ η φ λ é γ μ ο ν α μ π ο ρ ε í ν á π α ρ α τ η ρ η θ ε í ,
ό π ό τ ε τ ο π ι κ ώ ς ή κ ή λ η γ í ν ε τ α ι θ ε ρ μ ή , τ ó ú π ε ρ κ ε í μ ε ν ο



δέρμα έρυθρό, έπώδυνο και οίδημα τῶδεσ.
Ἡ ρήξη τῆσ στραγγαλισμένησ ἑλικασ στό δέρμα σχηματίζει τε-
λικά σφίγγιο τοῦ έντέρου, μέ ὄλεσ τίσ ἀναπόφευκτεσ ἐπιπτώ-
σεισ του στήν οἰκονομία τοῦ ὀργανισμοῦ, μέ τήν προϋπόθεση πά-
ντοτε ὅτι δέν μπορεῖ νά πέσει μέσα στήν περιτοναϊκή κοιλό-
τητα ἡ διατηρηθεῖσα ἑλικα' ἔξ αἰτίας τῶν ὑπαρχουσῶν συμφύσεων
έντόσ τοῦ κηλικοῦ σάκκου.

Κ λ ι ν ι κ έ σ μ ο ρ φ έ σ . Ο ἰ ὑ π ε ρ ο ξ ε ῖ ε σ
μ ο ρ φ έ σ ἀνταποκρίνονται σέ έντονη περίσφιγξη και ἔξε-
λίσσονται, χωρίς χειρουργική επέμβαση, στό θάνατο μέσα σέ
24 ὠσ 48 ὥρεσ. Οἰ ὑποξεῖτεσ μορφές πού εἶναι πιό σπάνιεσ
και δίνουν τήν κλασσική εἰκόνα έντερικῆσ ἀποφράξεωσ, ὅταν
πρόκειται γιά έντερο, στόν κηλικό σάκκο, παρατηροῦνται στή
διαδρομή περισφίξεωσ ὄχι ἰσχυρῶν. Ἡ κήλη τότε γίνεται
ἐπώδυνη, συνοδεύεται μέ ναυτία και ἔμετοῦσ, ένῶ ἡ ἀναστολή
τῆσ ἀποβολῆσ ἀερίων και κοπράνων δέν εἶναι τόσο ἐκδηλη και
τά φυσικά σημεῖα εἶναι λιγότερο ἐκδηλα. Ἡ ἐξέλιξη μπορεῖ
νά ὀδηγήσει εἴτε στήν αὐτόματη ὕφεση και ἀνάταξη τοῦ περι-
εχομένου, εἴτε ἀντίθετα στήν ἐπίταση τῆσ περισφίξεωσ. Ἡ
διάκριση μεταξύ ἐπίσημησ περισφίξεωσ και ἀποφράξεωσ τοῦ
έντέρου δέν ἔχει στήν πραγματικότητα καμιά πρακτική ἀξία,
ἀφοῦ πρέπει σέ κάθε ἐπώδυνη κήλη, ἐπιπλεκόμενη μέ σημεῖα
ἀπό τόν έντερικό σωλήνα, νά θεωρεῖται περισφιγμένη και νά
χειρουργεῖται ἀμέσωσ.

Μ ο ρ φ έ σ ἡ π ι ε σ , πού παρατηροῦνται στοῦσ γέρουσ και
ὄπου τά λειτουργικά σημεῖα εἶναι ἡπια, ὄπωσ δ υ σ κ ο ι λ ι -
ό τ η τ α , μερικοί ἔ μ ε τ ο ἰ , ἀσαφῆσ ἀναστολή ἀποβολῆσ
ἀερίων, ὄπου ὄμωσ τό ἐπεῖγον τῆσ παθήσεωσ παραμένει ἀμετά-
βλητο και ἡ διάγνωση τίθεται ὄταν ἐπιμελῶσ ἐρευνηθοῦν τά
κηλικά στόμια.

Οἰ μορφές τέλος πού ἀποκαλύπτονται μέ έντερική ἀπόφραξη, και
πού ἐπιβάλλουν νά τονισθεῖ και πάλι ἡ ἀναγκαιότητα τῆσ συστη-
ματικῆσ διερευνησεωσ κάθε στομίου, ὄπου μπορεῖ νά ἀνα-
πτυχθεῖ κήλη.

Στίσ ἐπιπλοκές τῆσ κήλησ πρέπει νά συμπεριληφθεῖ και τό μή
ἀνατάξιμο τῆσ κήλησ, πού ὄμωσ δέν ὀφείλεται σέ περίσφιγξη,
ἀλλά σέ συμφύσεισ πού ἔχουν ἀναπτυχθεῖ μεταξύ τοῦ περιεχο-
μένου τοῦ κηλικοῦ σάκκου. Πρόκειται δηλαδῆ γιά μή περισφι-
γμένη ἀλλά και μή ἀνατασσόμενη κήλη.



ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΕΣ

ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ

Είναι η πιο συχνή από τις βουβωνοκήλες, συγγενής έξ αιτίας της προϋπόθεσης του σάκκου της, αλλά που η εμφάνισή της είναι δευτερογενής στον νέο ενήλικο ή ακόμη και πιο μεταγενέστερη. Εκδηλώνεται συχνά μετά από μία έντονη ή πολλές επαναλαμβανόμενες προσπάθειες. Τά κοιλιακά τοιχώματα έχουν φυσιολογική σύσταση.

Έξω λοξή βουβωνοκήλη. Εντοπίζεται στο έξω στόμιο του βουβωνικού πόρου. Σε όρθια θέση του εξεταζόμενου, παρατηρείται μικρή ύποστρογγυλή ή ωοειδής διόγκωση που καταλαμβάνει τό έσω μέρος της βουβωνικής περιοχής. Μερικές φορές είναι εμφανής μόνο κατά τό βήχα ή τό βάδισμα. Στην ψηλάφηση είναι έμισχη προς τό έξω και πάνω και ο μίσχος, γεγονός ούσιωδες, εισέρχεται στο βάθος πάνω από τη γραμμή του Malgaigne (γραμμή νοσητή που ένώνει την πρόσθια άνω λαγόνια άκαθα με τό ήβικό φύμα). Είναι άνώδυνη, ένω η σύσταση και η τυμπανικότητα στην επίκρουση εξαρτάται από τό περιεχόμενο του κηλικού σάκκου.

Οί δύο πρωταρχικοί χαρακτήρες της κήλης αυτής είναι η πλήξη του εξειάζοντος δείκτη στο βήχα και τό άνατόξιμο του περιεχομένου του σάκκου της. Η κήλη άνατάσσεται πιο εύκολα όταν ο άρρωστος είναι ξαπλωμένος, γεγονός που επιτρέπει καλλίτερη τότε διερεύνηση με τό δείκτη ή τό μικρό δάκτυλο του έξω στομίου όπως και της λοξής διαδρομής του βουβωνικού πόρου. Επιπλέκεται με περίσφιγξη είτε σ' ένα δακτύλιο του Ramonède είτε πιο σπάνια σε μία ένδοκηλική σύμφυση όταν πρόκειται για εύμεγθη κήλη.

ΒΟΥΒΩΝΟΚΗΛΗ ΕΠΙΚΤΗΤΗ

Η επίκτητη βουβωνοκήλη είναι πιο σπάνια από ό,τι η συγγενής. Δέν προϋπάρχει περιτοναϊκός σάκκος αλλά τοιχωματική άνεπάροκεια, που έγκαθίσταται προοδευτικά, συχνά έξω από κάθε σωματική προσπάθεια, στην ένηλικίωση μετά τά 40. Πρόκειται για την κλασσική κήλη από άσθενικότητα των τοιχωμάτων. Η κλινική σημειολογία είναι η είδια με τη



συγγενή βουβωνοκήλη με μερικές όμως διαφορές όπως:

Δημιουργείται πολύ συχνά χωρίς καμιά ιδιαίτερη σωματική προσπάθεια.

Η διόγκωση σπάνια είναι όγκώδης, είναι βουβωνική αλλά προς τα έξω, έδραζόμενη υπεράνω και προς τα μέσα της ρίζας του πέους.

Είναι υποστρόγυλη, σαφώς άφοριζόμενη προς τα έξω, χωρίς μίσχο καλά διακοινώμενο, γιατί αυτός εισέρχεται κατευθείαν από μπρός προς τα πίσω και υπεράνω της γραμμής του Malgaigne. Η διαδρομή της είναι προσδιοπίσθια.

ΜΗΡΟΚΗΛΗ

Πρόκειται για κήλη πού αναπτύσσεται στο μηριαίο δακτύλιο. Είναι κήλη από άσθενικότητα επίκτητη και πού παρατηρείται στους ένηλικούς. Συχνά άγνοείται έξ αιτίας του μικρού μεγέθους της. Περισιφίγγεται συχνά και με την έπιπλοκή της αυτή κάποτε αποκαλύπτεται. Τό στομιό της είναι ο μηριαίος δακτύλιος των χειρουργών, πού άφορίζεται προς τα μπρός από τό μηριαίο τόξο προς τα έξω τή μηριαία φλέβα προς τα πίσω τό σύνδεσμο του Cooper και τήν κτενιαία άκρολοφία, και προς τα έξω τό σύνδεσμο του Gibernati. (έκ. 102)

Κ λ ι ν ι κ ή σ η μ ε ι ο λ ο γ ί α .

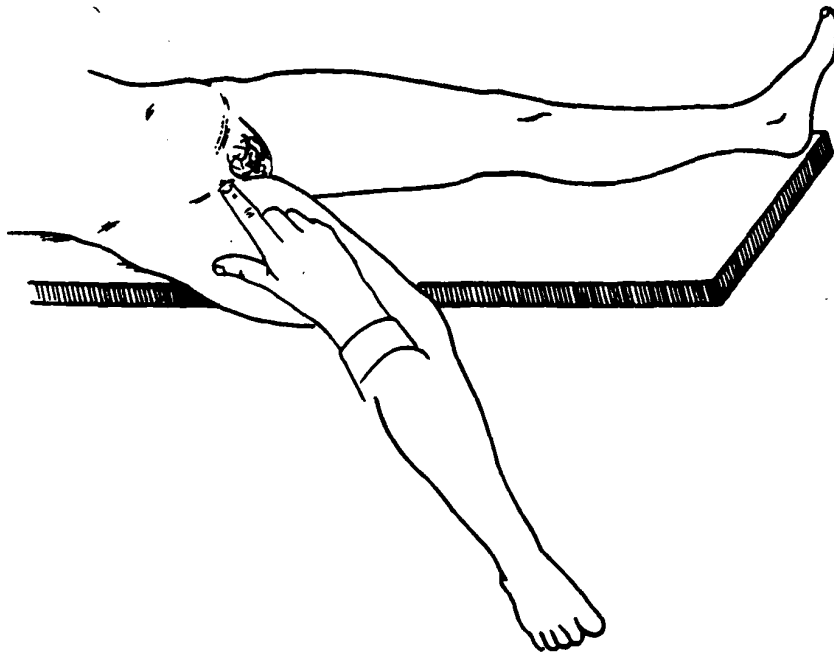
Η μηροκήλη αναφαίνεται πολύ συχνά προοδευτικά, με τήν εύκαιρία κάθε προσπάθειας ή μετά από βάδισμα παρατεταμένο ή μακρόχρονη όρθοστασία. Συνοδεύεται από ήπια σημεία όπως έπωδυνή αίσθηση στή μηροβουβωνική περιοχή, δυσκολία στο βάδισμα. Αργότερα τά λειτουργικά σημεία γίνονται σαφή: Πόνος στο ριζομήριο, πού άκτινοβλεϊ ένδεχόμενα στήν κοιλιά, πεπτικές διαταραχές όπως κολικό, ναυτία, πόνος στήν έκταση του μηρού, πού μπορεί νά συνοδεύεται με άντανανκλάσεις στο έπιγάστριο, πού υποχωρούν με τήν κάμψη του μηρού στήν κοιλιά. Η κήλη αυτή όμως μπορεί νά αναφανεί άφνίδια, όποτε έκλύεται έντονος πόνος σά διάσχιση, στή ρίζα του μηρού, όποτε και διαπιστώνεται ή ύπαρξη μιās διόγκωσης στήν περιοχή αυτή. Καμιά φορά τέτοια μηροκήλη έμφανίζεται και περισιφίγγεται ταυτόχρονα.

Η κλινική εξέταση γίνεται με όρθιο τόν εξέταζόμενο, στον



ὁποῖο παραγγέλεται νά βήξει.

Ἡ ἐξέταση συνεχίζεται μετά, ἀφοῦ ὁ ἐξεταζόμενος εἶναι ζαπλωμένος μέ τό μηρό σέ ἔκταση καί τήν κνήμη στήν ἀκρῆ τοῦ ἑξεταστικοῦ τραπέζιου.



Στ. 122 Αιρεύνηση τοῦ μηριαίου θακτυλίου σέ ἔρρωστο ζαπλωμένο .

Στήν ἐπισκόπηση παρατηρεῖται μιά μικρή διόγκωση, ὠοειδής, ὀμαλή, μεγέθους καρυδιοῦ, πού ἐδράζεται στό ἀνώτερο καί ἐσωτερικό μέρος τοῦ τριγώνου τοῦ Scarpa καί πού φαίνεται νά ἀνήκει περισσότερο στό μηρό καί λιγότερο στήν κοιλιά. Στούς παχύσαρκους ὅμως ἀρρώστους δέν εἶναι ὁρατή.

Στήν ψηλάφηση διαπιστώνεται ὅτι πρόκειται γιά κήλη, γιατί ἡ διόγκωση αὐτή εἰσέρχεται ἀπό τό βάθος καί ἀπό πίσω πρὸς τά μπρός, ὁ μίσχος της λεπτύνεται πρὸς τήν πλευρά τῆς κοιλίας, καί ἐξορμάται κάτω ἀπό τή γραμμὴ τοῦ Malgaigne. Ἡ κήλη αὐτή ἐπιτείνεται μέ τό βήχα, εἶναι ὁρατή ἀλλά καί ψηλαφητή, ὅπως τέλος ἀνατάξιμη, γιατί ἡ ἦπια καί προοδευτική πίεση τήν ἐξαφανίζει, ἐνῶ καί πάλι μέ τό βήχα ἐμφανίζεται.



Μερικές φορές τὰ σημεῖα αὐτὰ εἶναι λιγότερο σαφῆ, γιατί ἡ κήλη εἶναι μικρή καὶ ἀναφαίνεται μόνο ὕστερα ἀπὸ ἔντονο βήχα, δύσκολα ψηλαφᾶται σὲ παχύσαρκα άτομα καὶ πού ὀχι σπάνια μπορεῖ νά κρύβεται πίσω ἀπὸ ἓνα λίπωμα προκηλικό.

ΕΞΕΛΙΞΗ. Καμιά τάση γιὰ αὐτόματη ἴαση δέν ὑφίσταται. Ἡ κήλη ἐφόσον χειρουργηθεῖ ὀρθά σπάνια ὑποτροπιάζει.

Ὅταν ἀφίνεται στήν τύχη της, ἀσυνήθιστα βέβαια, γίνεται ἐξαιρετικά εὐμεγέθης καὶ τότε ἀποτελεῖ πηγὴ συνεχῶν ἐνοχλημάτων καὶ περιορισμοῦ τῆς δραστηριότητος. Κυρίως ὅμως ἡ δυνητικὴ ἐπιπλοκὴ τῆς περισφίξεως, πολὺ συχνὴ ἄλλωστε, ἐπιβάλλει τὴ χειρουργικὴ ἐπέμβαση.

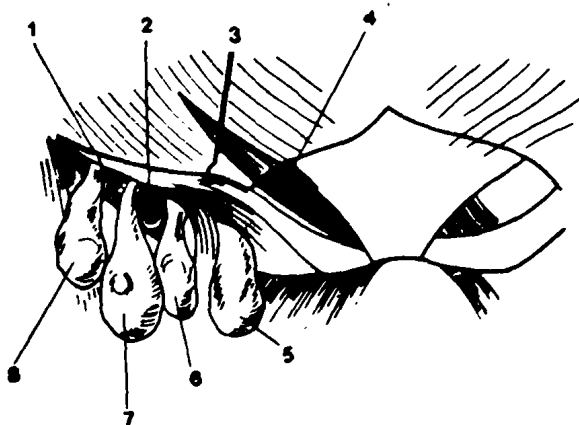
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ. Ἡ μόνη πραγματικὴ ἐπιπλοκὴ εἶναι ἡ περισφίξις. Ἡ σημειολογία της βασίζεται στὸν ἔντονο καὶ αἰφνίδιο πόνον, στήν ἀδυναμία ἀνατάξεώς της, στὸν πόνο κατὰ τὸν αὐχένα τῆς κήλης. Τὰ σημεῖα ἀποφράξεως τοῦ ἐντέρου εἶναι μεταγενέστερα, ἀργότερα ἀπὸ 6 ὥρες, καὶ πού δέν πρέπει νά ἀναμένονται γιὰ νά τεθεῖ ἡ ἐνδειξη χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ. Αὐτές εἶναι πολυάριθμες. (Σχ. 103)

1. Ἀνάλογα μέ τό μεγεθὸς τῆς κήλης: Ἀτελής καὶ τέλεια μορφή.

2. Ἀνάλογα μέ τό σημεῖο ἀπὸ τό ὁποῖο ἐξέρχεται:

προαγγειακή, ἐξωτερικὴ, τοῦ Laugier, τοῦ Cloquet, δισπικτικὴ κ.λ.π..



Σχ. 103 Διάφορες μορφές μηροκήλης.

- 1. Μηριαία ἄρτηρία
- 2. " φλέβα
- 3. Βουβωνικὸς σύνδεσμος
- 4. " πόρος
- 5. Κήλη τοῦ Laugier
- 6. Μηροκήλη
- 7. " προαγγειακή
- 8. " ἐξωτερικὴ



ΟΜΦΑΛΟΚΗΛΕΣ

Αυτές διακρίνονται στους ακόλουθους δύο τύπους:

1. Συγγενείς όμφαλοκήλες του νεογνού.
2. Επίκτητες όμφαλοκήλες στα παιδιά ή ένηλίκους.

1. ΟΜΦΑΛΟΚΗΛΗ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ

Πρόκειται για πραγματική έκσπλαγχνωση από άπλασία του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος. Συνοδεύεται συχνά με άλλες συγγενείς ανωμαλίες, καρδιακές, σπλαγχνικές, της υπερώας κ.λ.π.

Στοιχεΐα παθολογικής ανατομίας. Ο κηλικός σάκκος άπαρτίζεται από την άπλαστική μοίρα του κοιλιακού τοιχώματος, από την οποία λείπουν μύες και άγγεϊα και πού συχνά είναι διαφανής, ώστε μέσω αυτού νά παρατηρείται τό περιεχόμενό του. Τό τελευταίο αυτό αποτελείται συνήθως από τό ήπαρ, τό επίπλουν, τό έντερο και καμιά φορά από ένδοθωρακικά όργανα.

Υπάρχουν δύο ποικιλίες συγγενούς όμφαλοκήλης, ανάλογα με τό έμβρυϊκό στάδιο στό όποιο έγκαθίσταται ή άπλασία:

α) Η έμβρυϊκή κήλη, πού δημιουργείται όταν ή διακοπή της ανάπτυξεως και κατά συνέπεια ή άπλασία, έμφανίζεται πριν από τόν 3ο έμβρυϊκό μήνα κι όπου τά όργανα πού περιέχονται στην κήλη δέν έχουν περιβληθεί με περιτόναιο και συμφύονται με τό τοίχωμα.

β) Η έμβρυϊκή κήλη πού αναπτύσσεται όταν ή διακοπή της ανάπτυξεως γίνεται μετά τόν 3ο έμβρυϊκό μήνα, όπου τά όργανα και ό κηλικός σάκκος έπαλείφονται με περιτόναιο.

Κλινική σημειολογία.

Η κήλη διαπιστώνεται άμέσως μετά τή γέννηση. Στην περιοχή του όμφαλου ύφίσταται μιά μάζα, μεγέθους πορτοκαλιού ή μικρότερη, άμισχη ή έμισχη, στενομένη στό σημείο του δερματικού (όμφαλικού) δακτυλίου. Τό τοίχωμά της είναι λεπτό, όμαλό, τεταμένο, ύπόλευκο, άδιαφανές ή πολύ λεπτό και διαφανές, ώστε νά επιτρέπει νά είναι όρατό τό ήπαρ, σκοτεινό, με διάκριτο τό κάτω χεΐλος του, τό έντερο, τό ύποκίτρινης χροιάς επίπλουν. Ο όμφάλιος λώρος έμφυτεύεται πολύ συχνά στό κατώτερο μέρος της κήλης και ή σύσταση του είναι όμοια με του τοιχώματος της κήλης.



Ἡ κήλη εἶναι περίγραπτη ἀπὸ τὸ δερματικὸ θύλακο. Γιά νά καθοριστεῖ ὁ τύπος τῆς κήλης εἶναι σκόπιμο νά ἀνασηκωθεῖ αὐτὴ πρὸς τὰ πάνω καὶ νά ἀναζητηθοῦν ἔτσι συμφύσεις τῆς μετὰ ὑποκείμενα ὄργανα, παρόλον ὅτι ἡ ἐνέργεια αὐτὴ μπορεῖ νά εἶναι ἐπικίνδυνη. Εἶναι ἀπαραίτητη ἡ ἐκτίμηση τῆς ἔκτασης τῆς ἀπλασίας, γεγονός πού θά ἐπιτρέψει νά ἐκτιμηθοῦν οἱ δυνατότητες χειρουργικῆς ἀποκαταστάσεως.

Ἐξέλιξις. Χωρὶς χειρουργικὴ ἐπέμβαση ἡ κήλη ἐξελλίσσεται πρὸς τὴ ρήξη, τὴν ἐκσπλάγγνωσιν καὶ τὸ θάνατο. Ἀντίθετα, μετὰ τὴν ἐγχείρησιν, ἡ πρόγνωση παραμένει ἐξαιρετικὰ βαριά καὶ συναρτάται μετὰ τὴν πρωϊμότητα αὐτῆς καὶ μάλιστα πρὶν ἀπὸ τὴν 12ῃ ὥρᾳ.

2. Ἡ ΟΜΦΑΛΟΚΗΛΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ.

Αὐτὴ εἶναι συγκριτικὰ πολὺ πιὸ συχνὴ καὶ ἀναφαίνεται στοὺς πρώτους μῆνες τῆς ζωῆς.

Ἀπὸ παθολογοανατομικὴ ἀποψη ὀφείλεται σέ καθυστέρηση τῆς ἀποφράξεως τοῦ ὀμφαλικοῦ δακτυλίου, πού φυσιολογικὰ αὐτὸς κλείνει 2-3 μῆνες μετὰ τὴ γέννησιν. Ἡ κήλη εἶναι ἀμεση καὶ ἐξέρχεται ἀπὸ τὸ ἀνώτερον ἡμισυ τοῦ ὀμφαλικοῦ δακτυλίου, μεταξύ, πρὸς τὰ πάνω τῆς ὀμφαλικῆς φλέβας καὶ πρὸς τὰ κάτω τῆς συνενώσεως τοῦ οὐραχοῦ καὶ τῶν δύο ὀμφαλικῶν ἀρτηριῶν. Περιβάλλεται ἀπὸ περιτόναιο, περιέχει ἐπίπλουν καὶ λεπτὸ ἔντερο καὶ γενικὰ εἶναι μικροῦ μεγέθους, συχνά συνοδευόμενὴ μετὰ διάστασιν ὑπερομφάλια τῶν ὀρθῶν κοιλιακῶν μυῶν.

Κ λ ι ν ι κ ῆ σ η μ ε ι ο λ ο γ ί α.

Πρόκειται γιά μικρὴ ὑποστροφύλλη διόγκωσιν, μεγέθους καρυδιοῦ, πού ἐξέρχεται ἀπὸ τὸν ὀμφαλικὸ δακτύλιο, καὶ ὅπου διακρίνεται λευκάζουσα οὐλὴ στό κέντρο τῆς ἢ στό κατώτερον μέρος τῆς. Μεγεθύνεται στήν προσπάθειαν, μετὰ τὸ βήχα καὶ τίς φωνές, γιά νά ἐξαφανιστεῖ ἢ μειωθεῖ πολὺ μεταξύ αὐτῶν σέ ἡρεμίαν. Μετὰ τὴν ψηλάφησιν καὶ τὴν ἀνάταξιν τῆς ἐπιτρέπεται ἡ ἀναγνώρισις τοῦ στενωμένου ὀμφαλικοῦ δακτυλίου μετὰ σαφὴ τὰ χεῖλη του.

Ἐξέλιξις. Ὑφίσταται τάση γιά αὐτόματη ἴαση σέ μερικoὺς μῆνες ἢ μερικὰ χρόνια, ἀλλὰ μετὰ τὸ 5ο ἔτος αὐτὴ πρέπει νά χειρουργεῖται γιάτὶ ἐκμηδενίζεται ἕκτοτε κάθε πιθανότητα αὐτόματης ἴασης.

3. Ἡ ΟΜΦΑΛΟΚΗΛΗ ΤΟΥ ΕΝΗΛΙΚΟΥ.

Κήλη ἀπὸ ἐκφύλιση τῶν τοιχωμάτων, παρατηρεῖται περισ-

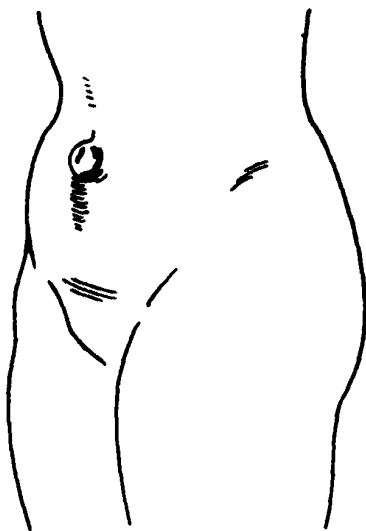


σότερο στίς παχύσαρκες γυναίκες, μέ χαλαρωμένους μύες καί πολλαπλές έγκυμοσύνες στό παρελθόν. (Σχ. 104)

Άπό παθολογοανατομική άποψη ή κήλη πολύ συχνά είναι άμεση. Ό σάκκος, σχηματιζόμενος άπό λεπτυσμένο περιτόναιο, συμφύεται στά χείλη του όμφαλικού δακτυλίου αλλά καί μέ τό περιεχόμενό του. Ό όμφαλικός δακτύλιος, άμετάβλητος, "κοφτερός", άποτελεϊ αίτιο περισφύξεως του περιεχομένου του, πού μπορεί νά είναι έπίπλουν, λεπτό ή παχύ έντερο, στόμαχος.
Κ λ ι ν ι κ ή σ η μ ε ι ο λ ο γ ί α.

Διακρίνονται δύο μορφές:

Ή μικρή κήλη της ίσχνης γυναίκας, πού χαρακτηρίζεται άπό μηδαμινά ή άξιοσημείωτα λειτουργικά σημεϊα, όπως δυσφορία στην προσπάθεια, πόνοι, πεπτικές διαταραχές. Στά φυσικά σημεϊα περιλαμβάνονται: μικρή μάζα, ποικίλου μεγέθους, στον όμφαλό, αύξανόμενη μέ τό βήχα, άνατάξιμη, στην ψηλάφηση σκληρή ή κοκκιοματώδης, άνάλογα μέ τό περιεχόμενό της. Στην ψηλάφηση επίσης ό όμφαλικός δακτύλιος είναι σκληρός, κυκλοτερός, τεταμένο, ενώ έκτιμάται ή σύσταση καί άκεραιότητα των όρθων κοιλιακών μυών. (Σχήμα)

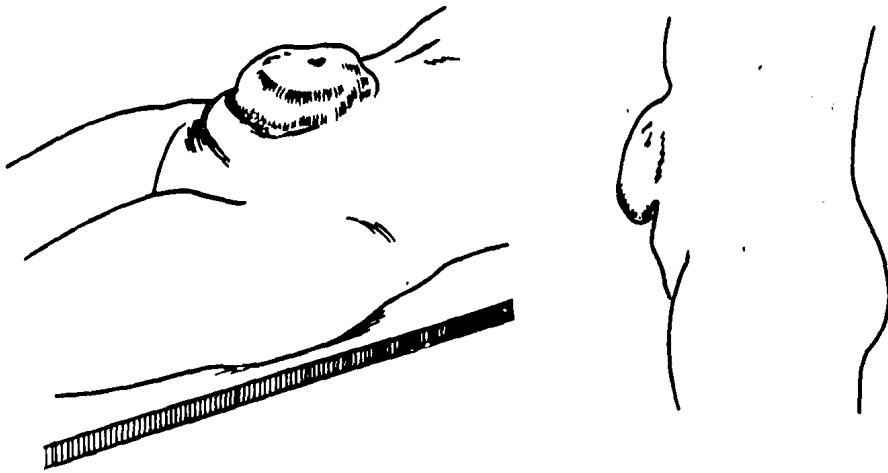


Σχ. 104 Μικρή όμφαλοκήλη νέας γυναίκας .



Έξελιξη. Ἡ κήλη αὐτὴ αὐξάνει σὲ μέγεθος, περισφύγεται καὶ τότε ἐξελίσσεται γρήγορα σὲ σφάκελο, γιατί ὁ δακτύλιος εἶναι στερεός.

Ἡ ἄλλη μορφή εἶναι ἡ εὐμεγέθης ὀμφαλοκήλη τῆς παχύσαρκης γυναίκας, ὅπου τὰ λειτουργικὰ σημεῖα συχνά εἶναι ἡ π ι α. Ἀπὸ τὰ φυσικὰ σημεῖα σημειώνεται τὸ μέγεθος τῆς, πού φθάνει τὸ πορτοκάλι μέχρι κεφαλῆς μικροῦ παιδιοῦ καὶ καμιά φορά ἀκόμη πιὸ μεγάλο, ὅποτε κρέμεται στὰ πρόσθια κοιλιακά τοιχώματα. Τὸ ὑπερκείμενο δέρμα εἶναι λεπτυσμένο, ἀνώμαλο, περιοχὴ ἐκζεματοειδῶν ἀλλοιώσεων καὶ παρατρίμματος. Πολύ συχνά ἡ κήλη αὐτὴ ἀνατάσσεται ἀτελῶς. (εἰς)



Στ. εἰς εὐμεγέθης ὀμφαλοκήλη ηλικιωμένης γυναίκας.

Έξελιξη.

Αὐξάνει σὲ μέγεθος καὶ γίνεται μὴ ἀνατάξιμη, ἐνῶ σπάνια ἐπιπλέκεται μὲ αὐτόματη ρήξη, ὅποτε προκαλεῖ βαριά ἐκσπλάχνωση. Συχνά ἐπιπλέκεται μὲ περίσφυξη, ἀλλὰ μὲ τὴ μορ-



φή της ύποξίας εξέλιξεως. Έτσι για μερικές ημέρες ή κήλη γίνεται έπώδυνη, τεταμένη, μη ανατέξιμη. Η περίσφυξη βεβαιώνεται με τη σημειολογία της απόφραξης του έντερικου σωλήνα. Η πρόγνωση εξαρτάται από την ταχύτητα της διαγνώσεως αλλά και της χειρουργικής επέμβασεως.



Τυπώθηκε στο Πανεπιστημιακό Τυπογραφείο με δαπάνη
του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Κ.Α. Πανεπιστημιακού Τυπογραφείου.

Copyright : Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Απαγορεύεται η μερική ή ολική ανατύπωση, καθώς και η
λήψη φωτοαντιγράφων από το βιβλίο χωρίς τη γραπτή
άδεια του Τμήματος Δημοσιευμάτων του Πανεπιστημίου
Ιωαννίνων και του συγγραφέα.

Διατίθεται και στο Βιβλιοπωλείο του Πανεπιστημίου
Ιωαννίνων, Δομπόλη, 451 10 Ιωάννινα τηλ. 21801.

ΔΙΑΝΕΜΕΤΑΙ ΔΩΡΕΑΝ στους φοιτητές.

