

ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ



026000345846



ΕΚ ΤΗΣ Γ' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΤΖΑΝΕΙΟΥ
ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: Ο ΥΦΗΓΗΤΗΣ Γ. ΑΥΛΑΜΗΣ

**ΕΠΙ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
ΤΗΣ ΑΛΚΑΛΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΟΣ
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΔΙΑ ΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΙΝ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ
ΠΡΟΣ ΑΠΟΦΥΓΗΝ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ**

ΥΠΟ
ΣΩΤΗΡΙΟΥ Ε. ΖΑΜΤΡΑΚΗ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΥ

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΓΙΑ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΑ ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΕ
ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 1982



Τοῦ μεγάλου χειρουργοῦ
καί ἐμπνευσμένου δασκάλου μου
Γ. ΑΥΛΑΜΗ.

Ἐλάχιστη προσφορά
εὐγνωμοσύνης καί σεβασμοῦ.



«Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από την 'Ιατρική Σχολή,
δέν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα».
(Νόμος 5343/32, άρθρο 202, παρ. 2).



Τοῦ μεγάλου χειρουργοῦ
καί ἐμπνευσμένου δασκάλου μου
Γ. ΑΥΛΑΜΗ.

Ἐλάχιστη προσφορά
εὐγνωμοσύνης καί σεβασμοῦ.



ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΤΟΥ ΔΙΕΥΘΥΝΤΟΥ ΤΗΣ Γ' ΧΕΙΡ/ΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΤΖΑΝΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΕΙΡΑΙΩΣ Γ. ΑΥΛΑΜΗ

Ἡ ἀλκαλική γαστρίτις κατόπιν οἰουδήποτε τύπου ἐγχείρησης γιά θεραπεία τοῦ γαστρο – 12/λικού ἑλκους μέ ἐξαίρεση τήν ὑπερεκλεκτική βαγοτομή, ἀποτελεῖ χωρίς ἀμφισβήτηση ἓνα ἀπό τά συχνότερα μετεγχειρητικά σύνδρομα, ἂν μή καί τό συχνότερο.

Παρατηρεῖται σέ ποσοστό 5 – 35% τῶν χειρουργημένων γιά γαστρο – 12/λικό ἑλκος. Εἶναι συχνότερη κατόπιν γαστρεκτομῆς τύπου Billroth II, μέ μειούμενη προοδευτικά συχνότητα κατόπιν βαγοτομῆς καί Γ.Ε.Α. ἢ πυλωροπλαστικής καί ἐκτομῆς κατὰ Billroth I.

Παρά τήν μεγάλη συχνότητα τοῦ συνδρόμου καί τήν χαρακτηριστική κλινική εἰκόνα, φαίνεται ὅτι μεγάλο μέρος τῶν συναδέλφων δέν ἔχει ἐξοικειωθῇ οὔτε μέ τή διάγνωση, οὔτε καί τίς δυνατότητες τίς ὁποῖες προσφέρει ἡ ἐπανορθωτική χειρουργική, γιά μιά ἀποτελεσματική στίς περισσότερες περιπτώσεις θεραπεία αὐτοῦ τοῦ πράγματι δυσαρέστου κλινικοῦ συνδρόμου. Ἡ παρούσα ἐργασία ἐλπίζω ὅτι θά συμβάλλῃ εἰς τό νά κἀνῃ εὐρύτερα γνωστή τήν πάθηση καί νά βοηθήσῃ τοὺς χειρουργούς εἰς τήν ἐπιλογή τῆς πιο ἀποτελεσματικῆς χειρουργικῆς μεθόδου θεραπείας.

Τόσο ἀπό προσωπική πείρα, ὅσο καί ἀπό τή διεθνή βιβλιογραφία προκύπτει ὅτι, ἡ πιο σταθερή σέ ἀποτελέσματα μέθοδος εἶναι ἡ ἀναστόμωση κατὰ Roux. Τό μεγάλο μειονέκτημα τῆς μεθόδου ἀναμφισβήτητα εἶναι ἡ δυσλειτουργία τῆς ἑλίκος κατὰ Roux, ἐπιπλοκή ὅχι σπάνια καί ὁμολογουμένως βασανιστική τόσο γιά τόν ἄρρωστο, ὅσο καί γιά τόν ὑπεύθυνο χειρουργό.

Ἡ παθογένεια τοῦ συνδρόμου εἶναι ἀκόμα σκοτεινή καί διαισθάνομαι ὅτι πιθανόν νά ὑπάρχουν περισσότερα τοῦ ἑνός αἷτια, πού σχετίζονται εἴτε μέ τήν ἐπάρκῃ αἱμάτωση τῆς ἑλίκος, εἴτε μέ νευρομυϊκές διαταραχές, ἢ μέ τό μήκος τῆς ἑλίκος, ἢ τέλος καί ὀλίγες περιπτώσεις πού νά ἀφοροῦν τήν κινητικότητα τοῦ γαστρικοῦ κολοβώματος ἢ καί σφάλματα τεχνικῆς.

Μία κλινική παρατήρηση, συγκεκριμένα ἡ μή ἐμφάνιση τοῦ συνδρόμου σέ ἄρρώστους πού εἶχαν ὑποβληθῇ παλαιότερα σέ γαστρεκτομή τύπου Billroth II, μέ ὁδήγησε στή σκέψη ὅτι πιθανῶς τό βασικό αἷτιο εἶναι ὁ τρόπος παρασκευῆς τῆς ἑλίκος. Πράγματι στίς περιπτώσεις αὐτές γίνεται μόνο διαίρεση τῆς ἐπιχειλίου ἀρτηρίας καί ποτέ στελέχους νηστιδικῆς ἀρτηρίας. Ἀκολούθησε πειραματική μελέτη πού ἐπιβεβαίωσε τίς κλινικές παρατηρήσεις. Ἡ παρούσα μελέτη τοῦ ἐκλεκτοῦ συνεργάτου μου κ. Ζαμτράκη ἐλπίζω νά συμβάλλῃ στήν εὐαισθητοποίηση τῶν συναδέλφων γύρω ἀπό τό διαγνωστικό πρόβλημα τῆς χολικῆς γαστρίτιδας καί νά ὁδηγήσῃ σέ βελτίωση τῶν ἀποτελεσμάτων τῆς χειρουργικῆς θεραπείας.

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
ΤΗΣ Γ' ΧΕΙΡ/ΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ
Γ. ΑΥΛΑΜΗΣ



ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΤΟΥ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ

Ἡ ἐργασία αὐτή ἀποτελεῖ προϊόν τῆς μελέτης ἑνός ἀπό τὰ πιά βασανιστικά μετεγχειρητικά προβλήματα, τῆς ἀλκαλικῆς γαστρίτιδας. Γιά ἕξη συνεχῆ χρόνια στήν Γ' Χειρ/κή Κλινική τοῦ Τζανείου Νοσοκομείου Πειραιῶς, ἀσθενεῖς μέ ἐνοχλήματα μετά ἐπεμβάσεις ἐπὶ τοῦ στομάχου, συγκέντρωναν τό ἐνδιαφέρον ὅλων τῶν συνεργατῶν γιά αἰτιολογημένη διάγνωση, συντηρητική ἢ χειρουργική θεραπείᾱ καί ἀνάλογη μετεγχειρητική παρακολούθηση.

Στήν πολυετῇ προσπάθειά μου, εἶχα τήν ἀμέριστη συμπαράσταση δασκάλων καί συνεργατῶν χωρίς τήν ὁποία θά ἦταν ἀδύνατη ἡ ὁλοκλήρωσή της. Εἶχα τήν τύχη νά ἔχω σάν καθοδηγητή τόν μεγάλο καί γιά πολλά χρόνια δάσκαλό μου Γ. ΑΥΛΑΜΗ. Πιστεύω νά γνωρίζη τήν ἀγάπη, τό σεβασμό καί τήν εὐγνωμοσύνη πού τρέφω γι' αὐτόν. Ἀπό τή θέση αὐτή γιά ὅλα, ἀπλᾶ τόν εὐχαριστῶ.

Τήν ὁλόκληρωση καί τελική παρουσίαση τῆς ἐργασίας ὀφείλω στόν σεβαστό καθηγητή τῆς Χειρουργικῆς τοῦ Πανεπιστημίου Ἰωαννίνων Α. ΚΑΣΙΟΥΜΗ. Τοῦ ἐκφράζω ἄπειρη εὐγνωμοσύνη.

Θά ἦταν παράλειψη νά μὴν εὐχαριστήσω τοὺς γιά πολλά χρόνια ἀγαπητοὺς φίλους καί συνεργάτες χειρουργούς Χ. Μπούτση, Γ. Μήλιο, Λ. Ἀργυριάδη καί Ι. Κακαδέλλη καθώς καί τόν γαστρεντερολόγο Ι. Δανιηλίδη γιά τήν πολύπλευρη βοήθεια καί συμπαράσταση.

Τίς εὐχαριστίες μου ἐκφράζω τελικά πρὸς τοὺς νέους ἀνθρώπους τῆς ἐταιρείας ἱατρικῶν γραφικῶν τεχνῶν ΒΗΤΑ, γιά τήν ἐκτύπωση τοῦ βιβλίου καί τήν τελειότερη, κατὰ τό δυνατόν, ἐμφάνισή του.

Σ. Ζαμτράκης



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ἡ χειρουργική θεραπεία τῶν παθήσεων τοῦ στομάχου ὁδηγεῖ ἄρκετά συχνά εἰς ἀνεπιθύμητα ἀποτελέσματα, τὰ ὁποῖα ἀπαιτοῦν συντηρητικὴν ἢ χειρουργικὴν ἀντιμετώπισιν. Ἐξ αὐτῶν, τὸ ἀναστομωτικὸν ἔλκος, αἱ διάρροιαι μετὰ βαγοτομήν, τὸ σύνδρομον προσιούσης καὶ τὸ Dumping, ἀπασχόλησαν καὶ ἀπασχολοῦν ἐρευνητὰς καὶ χειρουργούς. Τοῦτο δέ διότι, πολλάκις τὰ ὡς ἄνω μετεγχειρητικὰ σύνδρομα, ἀποτελοῦν διὰ τὸν ἀσθενῆ προβλήματα περισσότερον βασανιστικά ἀπὸ τὴν πρωτοπαθῆ πάθησιν, ἢ δέ θεραπευτικὴ τῶν ἀντιμετώπισις εἶναι συνήθως δυσχερής.

Ἡ χολικὴ ἢ ἀλκαλικὴ γαστρίτις ἢ γαστρίτις ἐκ παλινδρομήσεως χολῆς, ἔχει γίνεαι εὐρέως ἀποδεκτὴ ὡς μετεγχειρητικὴ κυρίως ἐπιπλοκὴ τὰ τελευταῖα ἔτη. Εἶναι σύνδρομον ἔχον ὡς κύρια ἐνοχλήματα τὸ ἐπιγαστρικὸν ἄλγος, τὴν ναυτίαν ἢ τοὺς χολώδεις ἐμέτους καὶ τὴν ἀπώλειαν βάρους. Συνήθως ἐμφανίζεται εἰς ἄτομα τὰ ὁποῖα ἔχουν ὑποστῇ μερικὴν γαστρεκτομήν μετ' ἀναστομώσεως Billroth II ἢ σπανιώτερον Billroth I (Toye and Alexander Williams 1965), στελεχιαίαν βαγοτομήν καὶ γαστροεντεροαναστόμωσιν ἢ πυλωροπλαστικὴν (Tanner 1966 — Kennedy et al 1973). Ἐνίοτε παρουσιάζεται ἐπὶ ἀνεπάφου στομάχου (Du Plessis 1965, 1977) καὶ ὅλως προσφάτως περιεγράφη εἰς ἀσθενεῖς, οἱ ὁποῖοι ὑπέστησαν χολοκυστεκτομήν (Andrew I. Warshaw 1979).

Ἡ χολικὴ γαστρίτις, ὡς ἰδιαιτέρον μετεγχειρητικὸν σύνδρομον, περιεγράφη τὸ πρῶτον ὑπὸ τοῦ Du Plessis τὸ 1962. Παρά ταῦτα ἡ ὁμοιότης τῶν συμπτωμάτων τῆς ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος πρὸς ἐκεῖνα τοῦ συνδρόμου τῆς προσιούσης ἔλκος ἢ τοῦ ἀναστομωτικοῦ ἔλκους, ἢ συνύπαρξις περισσοτέρων τοῦ ἐνός μετεγχειρητικῶν συμβαμάτων εἰς τὸν αὐτὸν ἀσθενῆ ἢ ἀκόμη καὶ ἡ ἔλλειψις σαφούς πληροφορήσεως τῶν κλινικῶν ἱατρῶν ἐπὶ τοῦ συνδρόμου, συνέτειναν εἰς τὴν ἐπιβράδυνσιν τῆς ἀναγνώσεως αὐτοῦ. Ἀκόμη καὶ σήμερον, τόσον ἐκ τῆς καθημερινῆς πείρας, ὅσον καὶ ἐκ τῆς διεθνoῦς βιβλιογραφίας εἶναι εὐκόλον νὰ διακρίνη κανεῖς τὴν ἀπουσίαν ἐπαρκoῦς ἐνημερώσεως μεταξὺ τῶν ἱατρῶν.

Πολλαὶ προσπάθειαι κατεβλήθησαν διὰ τὴν ἐρμηνείαν τῆς ἐμφανίσεως τοῦ συνδρόμου καὶ τὴν θεραπευτικὴν τοῦ ἀντιμετώπισιν. Ὡσαύτως, πλείστοι ἀσθενεῖς ὑπῆρξαν θύματα τῆς ἀτελοῦς γνώσεως καὶ ὑπέστησαν πολλαπλὰς διορθωτικὰς ἐπεμβάσεις ἄνευ ἱκανοποιητικοῦ ἀποτελέσματος. Ἀποτυχημέναι θεραπευτικαὶ προσπάθειαι τοῦ παρελθόντος, καθὼς καὶ ἡ βελτίωσις τῆς γνώσεως τῆς συμπτωματολογίας τοῦ συνδρόμου, ὠδήγησαν εἰς τὴν σχετικῶς ἔγκαιρον διάγνωσιν καὶ τὴν θεραπευτικὴν ἀντιμετώπισιν αὐτοῦ. Σήμερον γίνεται ὁμοφώνως ἀποδεκτόν, ὅτι ἡ συντηρητικὴ ἀγωγή συνήθως ἀποτυγχάνει καὶ ὅτι ἡ καλλιτέρα μέθοδος χειρουργικῆς θεραπείας εἶναι αἱ ἐγχειρήσεις παρακάμψεως τοῦ στομάχου δι' ἀπομονωθείσης ἔλκος κατὰ Roux — Y, μήκους 45 — 60 ἑκατοστῶν.

Ἡ παροῦσα ἐργασία στηρίζεται εἰς τὴν μελέτην εἴκοσι (20) ἀσθενῶν καὶ τὴν θεραπείαν τῶν διὰ τροποποιήσεως τῆς χειρουργικῆς αὐτῆς μεθόδου, διαιρεῖται δέ εἰς τρία μέρη:

Εἰς τὸ **πρῶτον μέρος** καταβάλλεται προσπάθεια, μετὰ σύντομον ἱστορικὴν ἀνασκόπησιν, νὰ ταξινομηθοῦν αἱ γνώσεις περὶ τὴν ἀλκαλικὴν γαστρίτιδα, ὅσον ἀφορᾷ, τὴν συχνότητα, τὴν αἰτιολογίαν, τὴν παθοφυσιολογίαν, τὴν κλινικὴν εἰκόνα, τὴν διάγνωσιν, τὴν διαφορικὴν διάγνωσιν καὶ τὰς ἐπιπλοκάς τῆς.

Εἰς τὸ **δεύτερον μέρος** ἀναλύονται αἱ θεραπευτικαὶ μέθοδοι, συντηρητικὴ καὶ χειρουργικὴ καὶ ἐκτίθεται ἡ ἡμετέρα πείρα ἐκ τῆς ἐφαρμογῆς τῆς ἔλκος Roux ἐπὶ 20 περιπτώσεων. Τὰ ἀποτελέσματα εἰς τὰς πλείστας τῶν περιπτώσεων ὑπῆρξαν ἐντυπωσιακῶς ἱκανοποιητικά, τόσον κατὰ τὴν ἄμεσον μετεγχειρητικὴν περίοδον, ὅσον καὶ κατὰ τὴν ἀπωτέραν. Τὸ δυσάρεστον μετεγχειρητικόν



σύνδρομον «δυσλειτουργίας της έλικος κατά Roux», τό όποϊον αναφέρεται υπό ξένων συγγραφέων είς συχνότητα 9 – 30% καί τό όποϊον καί ήμεϊς παρατηρήσαμεν είς παλαιότεραν περίοδον, δέν άπετέλεσεν πρόβλημα είς τήν παρούσαν σειράν τών είκοσι περιπτώσεων. Έπί του συνδρόμου τούτου, έγέγοντο υπό συνεργατών της ήμετέρας κλινικής, κλινικά παρατηρήσεις καί πειραματική έρευνα, έκ τών όποίων προέκυψαν πολύτιμα στοιχεία άφορώντα τήν τεχνικήν καί τά όποια ώδήγησαν είς τήν μείωσιν της συχνότητος έμφανίσεως του συνδρόμου κατά τήν διάρκειαν της άμέσου μετεγχειρητικής περιόδου. Τούτο θεωρούμεν ιδιαιτέρως σημαντικόν, καθ' όσον ή συχνότης του συνδρόμου είναι άρκετά ύψηλή, όπως προκύπτει έκ της διεθνούς βιβλιογραφίας καί της ήμετέρας πείρας.

Έκτός του συνδρόμου «δυσλειτουργίας της έλικος κατά Roux» μάς άπησχόλησαν καί έτερα τεχνικά προβλήματα, τά όποια έχουν σχέσιν μέ τήν ίκανοποιητικήν λειτουργίαν της άναστομώσεως της προσιούσης, πρόσ τήν άπιοϋσαν έλικα. Έν έκ τών προβλημάτων αυτών είναι τό πολύ βραχύ κολόβωμα προσιούσης έλικος, επί περιπτώσεων προηγηθείσης γαστρεκτομής ή γαστροεντερο – άναστομώσεως, τό όποϊον δέν προσφέρεται τεχνικώς διά μίαν ίκανοποιητικήν άναστόμωσιν καί επί πλέον, δημιουργεί κινδύνους ύψηλου μηχανικού είλεου συνεπεία γωνιώσεως κατά τό επίπεδον της άναστομώσεως, λόγω συνολκής της προσιούσης έλικος όπισθεν του μίσχου της άνω μεσεντερίου άρτηρίας. Σχετικώς προτείνεται ό τρόπος παρακάμψεως του τεχνικού τούτου προβλήματος, σύμφωνα μέ τήν προσωπικήν μας πείραν.

Είς τό τρίτον μέρος αναλύονται αί ήμέτεραι περιπτώσεις, τά έκ της έφαρμογής της μεθόδου άποτελέσματα, καί έκτίθενται τά σχόλια καί τά συμπεράσματα ήμών.



ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟΝ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΙΣ

ΣΥΧΝΟΤΗΣ

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΩΝ

ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ

ΕΠΙΠΛΟΚΑΙ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΙΣ

Ἡ ἐμφάνισις τοῦ συνδρόμου τῆς ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος συμπίπτει χρονικῶς μέ τήν ἐκτέλεσιν γαστροεντεροαναστομώσεων πρὸς θεραπείαν τοῦ γαστροδωδεκαδακτυλικοῦ ἔλκους. Ὁ Wolfler τό 1881 παρατήρησεν χολώδεις ἐμέτους μετά ἀπλὴν γαστροεντεροαναστόμωσιν. Χολώδεις ἔμετοι ἀνεφέρθησαν ὑπὸ τοῦ Billroth τό 1885 μετά γαστρεκτομήν. Ὁ Konjetzny τό 1930 εἰς μίαν μελέτην ἀσθενῶν μετ' ἀνεπάφου στομάχου, ὑποστηρίζει ὅτι ἡ γαστρίτις ἦτο ὁ πρόδρομος τῶν γαστρικῶν ἑλκῶν καί τοῦ καρκινώματος τοῦ στομάχου.

Ἡ χρῆσις τοῦ γαστροσκοπίου ὑπὸ τοῦ Schindler τό 1940 καί τῶν Browne καί Mc Herdy τό 1944, ὠδήγησεν εἰς τήν παρατήρησιν ὅτι φλεγμονώδεις ἀλλοιώσεις περί τήν ἀναστόμωσιν ἀλλά καί ἐπὶ τοῦ σώματος τοῦ χειρουργηθέντος στομάχου ἦσαν πολὺ συνήθεις.

Ὁ Palmer τό 1954 κατόπιν ἐνδοσκοπικῶν παρατηρήσεων ὑπεστήριξε τήν ἄποψιν ὅτι ἡ χρονία μετεγχειρητικὴ γαστρίτις, τοῦ τύπου τῆς ἐπιπολῆς ἀτροφικῆς γαστρίτιδος, ἦτο συνέχεια προεγχειρητικῶν διεργασιῶν, παρά συνέπεια δυσλειτουργίας τῆς ἀναστομώσεως. Φλεγμονώδης διεργασία ἀφορῶσα τήν λεία μυϊκὴν στιβάδα ἀνεφέρθη ὑπὸ τῶν Libermann, Meffert καί Allgower τό 1971.

Οἱ Lees καί Grandjean τό 1958 μελετῶντες ἀσυμπτωματικούς ἀσθενεῖς μετά γαστρεκτομήν καί ἀναστόμωσιν τύπου Billroth II ὑπέδειξαν ὅτι αἱ φλεγμονώδεις ἀλλοιώσεις πιθανῶς ὀφείλονται εἰς παλινδρόμησιν νηστιδικοῦ περιεχομένου ἐντὸς τοῦ κολοβώματος τοῦ στομάχου. Οἱ Siurala καί Tawast τό 1956 συσχετίζουν πρῶτοι τήν ἀτροφικὴν γαστρίτιδα πρὸς τήν παλινδρόμησιν χολῆς καί χολικῶν ἀλάτων.

Σταθμὸν εἰς τήν μελέτην τοῦ συνδρόμου τῆς ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος ἀπετέλεσαν αἱ μελέται τοῦ Du Plessis (1962). Οὗτος συσχέτισεν τήν ἐμφάνισιν τῆς γαστρίτιδος πρὸς τήν παρουσίαν χολῆς καί τήν συγκέντρωσιν συνδεδεμένων χολικῶν ὀξέων καί περιέγραψεν τήν τριάδα τῶν ἐνοχλημάτων, ἐπιγαστρικόν ἄλγος, ναυτία ἢ χολώδεις ἔμετοι, ἀπώλεια βάρους, ἐπὶ τῶν συμπτωματικῶν ἀσθενῶν.



Ο Van Heerden τό 1969 έχρησιμοποίησεν πρώτος τόν όρον "postoperative alkaline reflux gastritis", μετεγχειρητική άλκαλική γαστρίτις έκ παλινδρομήσεως καί περιέγραψεν λεπτομερώς τό κλινικόν σύνδρομον, ώς καί τούς χαρακτηήρας τών συμπτωμάτων.

Η παθοφυσιολογία του συνδρόμου έμελετήθη έκτεταμένως. Ο Davenport τό 1968 έν άρχή επί πειραματοζώων καί έν συνεχεία επί του ανθρώπου, έμελέτησεν τήν διάσπασιν του φυσιολογικού φραγμού του βλεννογόνου του στομάχου έκ της επιδράσεως επ' αυτό του τών χολικών αλάτων. Ο Ivey τό 1970 καί ό Black άργότερον έπιβεβαίωσαν τάς ώς άνω παρατηρήσεις καί διεπίστωσαν τήν παλινδρομον διάχυσιν ιόντων ύδρογόνου (H^+) - back diffusion - καί ώς συνέπεια τάς φλεγμονώδεις αλλοιώσεις του βλεννογόνου. Ο Delaney καί οί συνεργάται του τό 1972 υπέδειξαν ότι, ή παλινδρόμησης νηστιδικού περιεχομένου έν τώ συνόλω του προκαλεϊ πλέον σοβαράς αλλοιώσεις, παρά ή χολή ή τό παγκρεατικόν ύγρόν μεμονωμένα.

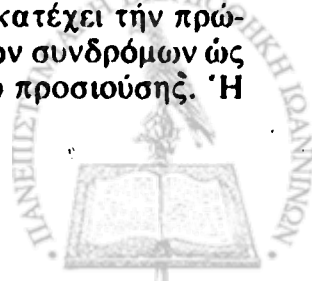
Η θεραπεία του κλινικού συνδρόμου της άλκαλικής γαστρίτιδος άπασχόλησε πλείστους χειρουργούς. Ο Roux τό 1950 άναφέρει περίπτωσιν άσθενούς, ό όποιος άπηλλάγη τών χολωδών έμέτων δι' έφαρμογής έντερο - έντεροαναστομώσεως έν είδει Y.

Τό 1951 οί Wells καί Jonson είς μίαν σειράν είκοσιενός άσθενών, οί όποιοι ένεφάνισαν χολώδεις έμέτους μετά γαστρεκτομήν, προέβησαν είς διαίρεσιν της προσιούσης καί άναστομώσιν αυτής μετά της άπιούσης έλικος είς άπόστασιν είκοσιπέντε (25) έκατοστών άπό τήν γαστροεντεροαναστομώσιν. "Απαντες οί άσθενείς άπηλλάγησαν τών χολωδών έμέτων. Έκτοτε ή μέθοδος έφαρμόζεται υπό πολλών ώς: Du Plessis - Herrington - Van Heerden - Bartlett - Mackman - Lawson καί άλλων. Δι' όπαντας τούς χειρουργούς σημείον προβληματισμού άποτελεϊ τό μήκος της έλικος καί τά συμβάματα έκ της έφαρμογής της.

Διά τήν πρόληψιν της παλινδρομήσεως ό Tanner τό 1951 έφήρμοσεν παραλλαγήν της κατά Roux-Y μεθόδου. Η παρεμβολή τμήματος νήστιδος μεταξύ του κολοβώματος του στομάχου καί του δωδεκαδακτύλου κατά Henley, έχρησιμοποίηθη υπό τών Alexander Williams τό 1973, του Herrington τό 1974, τών Bushkin καί Woodward τό 1976. Η μετατροπή της άναστομώσεως τύπου Billroth II είς Billroth I είχεν εύρέως χρησιμοποιηθή υπό του Griffiths τό 1974. Τέλος επί προηγηθείσης στελεχιαίας βαγοτομής καί γαστροεντεροαναστομώσεως (ΓΕΑ), ή σύγκλεισις της ΓΕΑ καί ή έκτέλεσις πυλωροπλαστικής είχεν εύρέως συσταθή (Alexin et al 1970). Η ποικιλία τών χρησιμοποιηθησών έπεμβάσεων, ό άριθμός τών έρευνητών, αί δυσχέρειαι διαχωρισμού του συνδρόμου καί τά άμφισβητούμενα θεραπευτικά άποτελέσματα, ώθουν καθ' ήμέραν μεγαλύτερον άριθμόν ίατρών καί ιδίως χειρουργών είς τήν μελέτην του όλου προβλήματος.

ΣΥΧΝΟΤΗΣ

Η άλκαλική γαστρίτις ούσιαστικώς άγνωστος ώς κλινικόν σύνδρομον πρό του 1962, καθίσταται καθ' ήμέραν καί πλέον γνωστή. Τουτο όφείλεται είς τό γεγονός ότι αί γνώσεις περί αυτήν καθ' ήμέραν εύρύνονται, ή έμπειρία τών κλινικών αύξάνεται καί καθίσταται ούτω εύχερης ό διαχωρισμός του κλινικού αυτού συνδρόμου έκ τών λοιπών συνδρόμων κατόπιν έπεμβάσεων επί του στομάχου. Η συμβολή έξ άλλου της ένδοσκοπήσεως είναι μεγίστη. Ούτω σήμερα υποστηρίζεται (Sawyers et al 1980) ότι ή άλκαλική γαστρίτις κατέχει τήν πρώτην είς συχνότητα θέσιν μεταξύ τών διαφόρων μετεγχειρητικών συνδρόμων ώς του άναστομωτικού έλκους, του Dumping καί του συνδρόμου προσιούσης. Η



παλινδρόμησης νηστιδικού περιεχομένου τουτέστιν χολής, παγκρεατικών εκκρίσεων και έντερικου χυμού προς τόν στόμαχον κατόπιν επεμβάσεων επ' αὐτοῦ εἶναι ὁ κανὼν. Ἡ ἀνεύρεσις δέ φλεγμονῆς περί τὸ στόμιον τῆς ἀναστομώσεως, ἢ καλουμένη στομίτις εἶναι σχεδόν σταθερά κατὰ τὰς ἐνδοσκοπήσεις. Ὁ Schindler τὸ 1940 παρετήρησεν ὅτι 50 ἐκ τῶν 54 ἀσθενῶν μετὰ γαστρεκτομὴν τοὺς ὁποίους ἐνδοσκόπισεν, ἐνεφάνιζον ἀλλοιώσεις ἐκ παλινδρομήσεως χολῆς. Ὁ Palmer τὸ 1954 ἀναβιβάζει τὸ ποσοστὸν τῶν ὡς ἄνω εὐρημάτων εἰς 50% ἐπὶ τῶν ἀσθενῶν οἱ ὅποιοι ὑπέστησαν γαστρικὰς επεμβάσεις, ὁ δὲ Benedict τὸ 1959 ἐβεβαίωσεν ἀλλαγὰς τοῦ βλεννογόνου τοῦ στομάχου εἰς 45 ἐκ τῶν 50 ἀσθενῶν τοὺς ὁποίους ἐνδοσκόπισεν (ποσοστὸν 90%) μετὰ επεμβάσεις ἐπὶ τοῦ στομάχου.

Μία ἀνασκόπησις τῶν ἐνδοσκοπικῶν εὐρημάτων εἰς τὴν κλινικὴν Scott καὶ White μετὰ τῶν ἐτῶν 1964 ἕως 1975, ἀπεκάλυπεν ὅτι: ἐπὶ 2210 ἐνδοσκοπιθέντων ἀσθενῶν οἱ 90 ἐνεφάνιζον στοιχεῖα ἐνδεικτικά τοῦ κλινικοῦ συνδρόμου τῆς ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος. Ἐφ' ὅσον ἡ παλινδρόμησης νηστιδικού περιεχομένου πρὸς τόν στόμαχον εἶναι τόσον συνήθης, εἶναι δυνατόν νά ἐξαχθοῦν αἱ ἀκόλουθοι κλινικαὶ θέσεις (Cooperman 1976):

- 1) Φυσιολογικὴ ἐνδοσκοπικὴ ἐξέτασις
- 2) Ἐνδοσκοπικὴ καὶ ἱστολογικὴ παρουσία γαστρίτιδος ἄνευ κλινικῶν συμπτωμάτων.
- 3) Ἐνδοσκοπικὴ καὶ ἱστολογικὴ παρουσία γαστρίτιδος μετὰ τῶν κλινικῶν συμπτωμάτων τοῦ συνδρόμου.

Οἱ ἀσθενεῖς τῆς παραγράφου 3 ἀποτελοῦν τὸ 5-35% τῶν ἀσθενῶν οἱ ὅποιοι ὑπέστησαν προηγουμένως ἐπέμβασιν ἐπὶ τοῦ στομάχου (Delaney et al), ἐξ αὐτῶν δέ 2-3% ἐμφανίζουν ἔντονα τὰ συμπτώματα, ὥστε νά ἔχουν ἀνάγκην διορθωτικῆς επεμβάσεως.

Ἡ ἐπέμβασις ἡ ὁποία στατιστικῶς ἐνοχοποιεῖται περισσότερο διὰ τὴν ἐμφάνισιν τῆς ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος εἶναι ἡ γαστρεκτομὴ μετ' ἀναστομώσεως τύπου Billroth II καὶ ἔπονται ἡ στελεχιαία βαγοτομή μετὰ γαστροεντεροαναστομώσεως, ἡ στελεχιαία βαγοτομή μετὰ πυλωροπλαστικῆς καὶ ἡ γαστρεκτομὴ μετ' ἀναστομώσεως τύπου Billroth I. Ἐνδιαφέρον παρουσιάζουν ἐσχάτως ἡ ἐμφάνισις ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος ἐπὶ ἀνεπάφου στομάχου ὡς καὶ μετὰ χολοκυστεκτομῆς. Ἡ μόνη ἐπέμβασις ἡ ὁποία ἀπαλλάσσεται τῆς ἐνοχῆς, τουλάχιστον ἐπὶ τοῦ παρόντος, εἶναι ἡ ὑπερεκλεκτικὴ βαγοτομή.

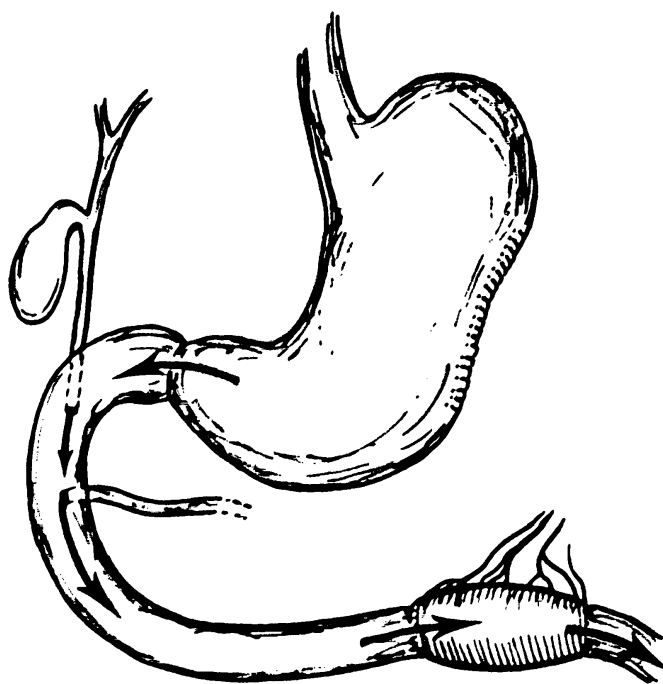
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Ὁ πυλωρικός σφιγκτήρ ἔχει πολὺ ὀρθῶς ἀποκληθῆ ὁ δεύτερος εἰς σπουδαιότητα σφιγκτήρ τοῦ ἀνθρωπίνου σώματος. Ἐχει τὴν ἰκανότητα νά χαλαροῦται κατὰ τόν περισταλτισμὸν τοῦ ἄντρου καὶ νά συσπᾶται ἐπὶ ἐνδογενεοῦς δωδεκαδακτυλικῆς μεταβολῆς ἢ ἐξωγενεοῦς ὁρμονικοῦ ἐρεθισμοῦ. Οὕτω ἐλέγχεται ἡ παλινδρόμησης δωδεκαδακτυλικοῦ περιεχομένου πρὸς τόν στόμαχον, ὡς συμβαίνει ἐπὶ ὑγιῶν ἀτόμων ἢ πασχόντων ἐξ ἔλκους δωδεκαδακτύλου. Ἡ συμπεριφορὰ αὐτῆ τοῦ πυλωροῦ διαταράσσεται εἰς ἄτομα ἐμφανίζοντα γαστρικὸν ἔκκος, γεγονός τὸ ὁποῖον ὡδήγησεν εἰς τὴν σκέψιν ὅτι ἡ παλινδρόμησης τοῦ περιεχομένου τοῦ δωδεκαδακτύλου πρὸς τόν στόμαχον καὶ ἡ ἐπίδρασις αὐτοῦ ἐπὶ τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου, συνεπάγεται τὴν γένεσιν ἔλκους ὡς καὶ γαστρίτιδος, ἡ ὁποία πολλάκις συνυπάρχει.



Ἡ ἐκτομή, ἡ διατομή ἢ ἡ παράκαμψις τοῦ πυλωρικοῦ σφιγκτήρος, ὡς τοῦτο συμβαίνει ἐπὶ γαστρεκτομῶν, πυλωροπλαστικῶν καὶ γαστρεντεροαναστομώσεων, συνεπάγεται τὴν διαβροχὴν τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου ὑπὸ ἄλλοτε ἄλλης ποσότητος χολῆς, παγκρεατικῶν ἐκκρίσεων καὶ ἐντερικοῦ χυμοῦ. Ἡ ἐπὶ μακρὸν διάστημα δυνδευασμένη δρᾷσις τῶν οὐσιῶν αὐτῶν ἐπὶ τοῦ βλεννογόνου τοῦ στομάχου ἐνοχοποιεῖται διὰ τὴν πρόκλησιν ἀλλοιώσεων χαρακτηριστικῶν τῆς ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος. Διὰ τὸν βαθμὸν συμμετοχῆς μιᾶς ἐκάστης ἐπιτελέσθησαν πλῆθος πειραματικῶν ἐργασιῶν, ὡς κριτήρια δέ ἐλήφθησαν πάντοτε τὸ εἶδος καὶ ὁ βαθμὸς τῶν ἱστολογικῶν ἀλλοιώσεων.

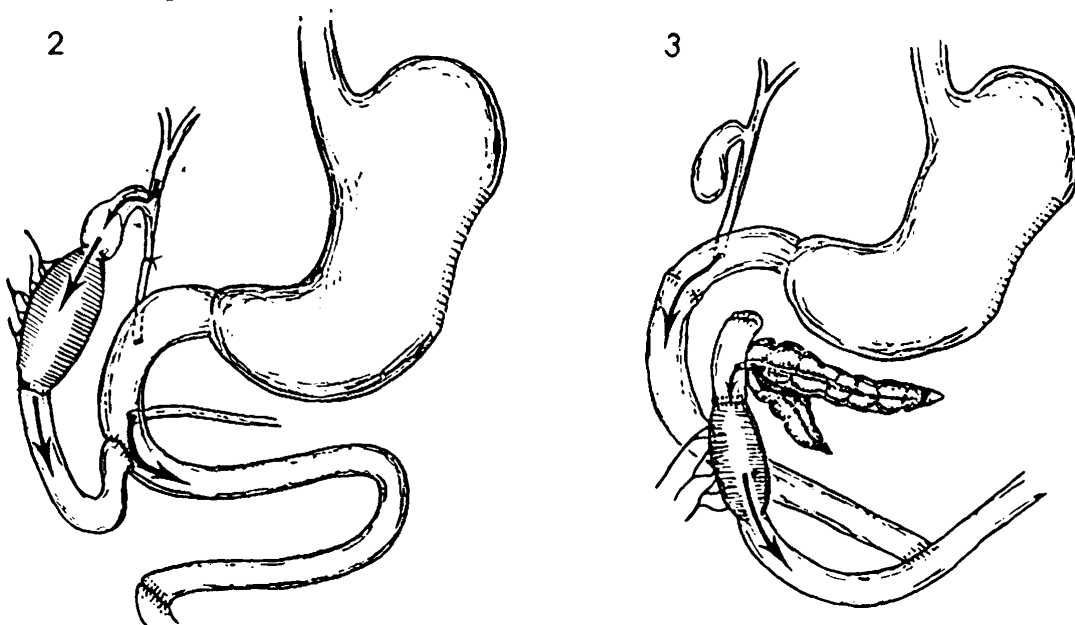
Ὁ J. P. Delaney καὶ οἱ συνεργάται του παρεσκεύασαν σωλῆνα ἐκ τοῦ μείζονος τόξου τοῦ στομάχου, ἐπαρκῶς αἱματοῦμενον ἀπὸ τὰς βραχείας γαστρικάς, ὁ ὁποῖος παρενεβλήθη εἰς τὴν νήστιδα (σχῆμα 1). Ὁ γαστρικὸς βλεννογόνος παρέμεινεν ἐκτεθιμένος εἰς τὴν ἐπίδρασιν χολῆς, παγκρεατικῶν ἐκκρίσεων καὶ ἐντερικοῦ χυμοῦ. Αἱ ἐπελθοῦσαι ἱστολογικαὶ ἀλλοιώσεις ἦσαν πανομοιότυποι ἐκείνων τὰς ὁποίας ἐμφανίζουν ἀσθενεῖς πάσχοντες ἐξ ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος.



ΣΧΗΜΑ 1. Παρεμβολὴ σωλῆνος ἐκ τοῦ μείζονος τόξου τοῦ στομάχου εἰς τὴν νήστιδα

Ἡ τοποθέτησις τοῦ πυλωρικοῦ ἄντρου μετὰ πλήρους νευρώσεως καὶ ἀγγειώσεως εἰς ἓνα σημεῖον τῆς νήστιδος, ὥστε τοῦτο νὰ διαβρέχεται ὑπὸ τοῦ ἐντερικοῦ περιεχομένου ἄνευ προσμίξεως ὕδροχλωρικοῦ ὀξέος (HCl) εἶχεν ὡς ἀποτέλεσμα ὁμοίους ἱστολογικὰς ἀλλοιώσεις.

Προσπάθεια ἀπομονώσεως τοῦ στοιχείου ἐκείνου ἐκ τοῦ ἐντερικοῦ περιεχομένου, τὸ ὁποῖον εὐθύνεται διὰ τὰς ἀλλοιώσεις, ὤθησεν τοὺς ἰδίους ἐρευνητὰς εἰς τὴν τοποθέτησιν τμήματος στομάχου ἐκ τοῦ μείζονος τόξου ἐν εἰδει σωλῆνος, μεταξύ χοληδόχου κύστεως καὶ νήστιδος, ὥστε τοῦτο νὰ διαβρέχεται ὑπὸ χολῆς, ὡς καὶ ἑτέρου τμήματος τὸ ὁποῖον διεποτίζετο ὑπὸ παγκρεατικοῦ ὑγροῦ (σχῆμα 2 καὶ 3). Εἰς ἀμφοτέρας τὰς περιπτώσεις αἱ ἀλλοιώσεις ὑπῆρξαν ὅμοιαι ἐκείνων αἱ ὁποῖαι προεκλήθησαν κατὰ τὴν ἐκθεσιν τοῦ βλεννογόνου εἰς τὸ περιεχόμενον τῆς νήστιδος. Ποσοτικῶς ὁμως, ἡ ἐλάττωσις τῶν τοιχωματικῶν κυττάρων, ὁ βαθμὸς τῆς φλεγμονώδους διηθήσεως καὶ τῆς ἀδενικῆς παραμορφώσεως ὑπολείποντο σημαντικῶς ἐκείνων, αἱ ὁποῖαι ἐπῆρχοντο κατόπιν τῆς ἐπιδράσεως τοῦ συνόλου περιεχομένου τῆς νήστιδος.



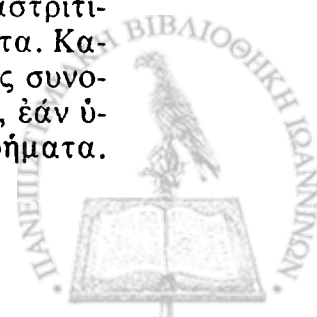
ΣΧΗΜΑ 2. Παρεμβολή σωλήνος εκ του μείζονος τόξου του στομάχου μεταξύ χοληδόχου κύστεως και νήστιδος.

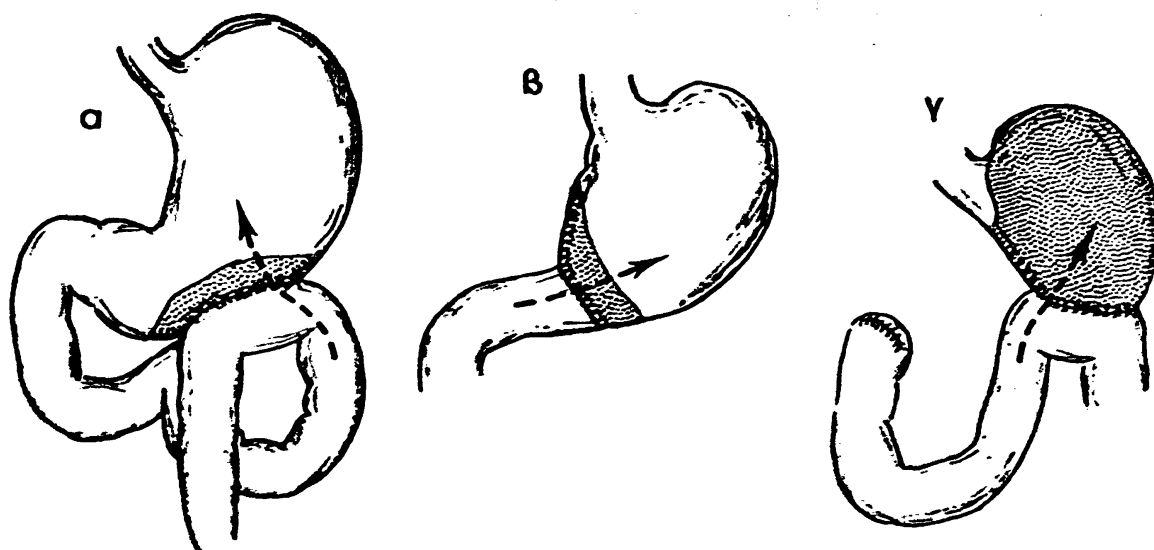
ΣΧΗΜΑ 3. Διαβροχή σωλήνος εκ του μείζονος τόξου του στομάχου υπό των παγκρεατικών εκκρίσεων.

Είς πειραματικές εργασίας των ιδίων (Delaney et al 1969) διεπιστώθη ότι αι αλλοιώσεις διαφέρουν εις έκτασιν, κατά τούς διαφόρους τύπους έπεμβάσεων. Έπί γαστρεκτομής και αναστομώσεως τύπου Billroth II ή φλεγμονή κατελάμβανε όλον τόν υπάρχοντα στόμαχον, ενώ επί γαστρεκτομής και αναστομώσεως τύπου Billroth I, ή στελεχιαίας βαγοτομής μετά μιās παροχετευτικής μεθόδου, αι αλλοιώσεις εκτείνοντο εις απόστασιν ολίγων εκατοστών περί τήν αναστόμωσιν (σχήμα 4). Άνάλογοι είναι αι παρατηρήσεις του Lewson τό 1956 και 1966. Κατ' αυτόν αι αλλοιώσεις εκτείνονται περίπου εις τό ήμισυ του κολοβώματος επί έκταμέντος στομάχου και είναι πλέον σημαντικά όταν επί του βλεννογόνου επιδρά τό νηστιδικόν περιεχόμενον έν τῷ συνόλῳ του. Έπό του ιδίου παρατηρήθη (Lewson 1972) ότι αι ιστολογικαί αλλοιώσεις δυνατόν νά είναι αναστρέψιμοι όταν αι διαβρέχουσαι τόν γαστρικόν βλεννογόνον εκκρίσεις παροχετευθούν εις τήν νήστιδα και εις ικανήν απόστασιν από τόν στόμαχον.

Δι' έμμέσου τρόπου ό Van Geetruyden τό 1961, έμελέτησεν τήν βλαπτικήν επίδρασιν του περιεχομένου της νήστιδος, επί του βλεννογόνου του στομάχου. Προέβη εις τήν καταμέτρησιν της μεγίστης εκκριτικής ικανότητος του στομάχου εις υδροχλωρικόν όξύ επί ατόμων τά όποια είχαν υποστῇ τμηματικήν γαστρεκτομήν. Παρατήρησεν βαθμιαίαν ελάττωσιν της εκκριτικής ικανότητος μέ τήν πάροδον των έτών, τήν όποίαν απέδωσεν εις τήν μείωσιν των καλυπτηρίων κυττάρων, ως αποτέλεσμα της προκληθείσης γαστρίτιδος. Η άποψις επιβεβαιώθη υπό πολλαπλών ένδοσκοπήσεων και ιστολογικῶν εξετάσεων.

Είναι άξιον παρατηρήσεως ότι ούδέν πειραματόζων, μέ όσονδήποτε βαρείας ιστολογικάς αλλοιώσεις αναλόγους των αλλοιώσεων της αλκαλικής γαστρίτιδος επί του ανθρώπου, ένεφάνισεν αντίστοιχα του συνδρόμου ένοχλήματα. Καθώς επίσης, ότι, εις τόν άνθρωπον ένῳ πᾶσα γαστρεντεροαναστόμωσις συνοδεύεται υπό ενός βαθμοῦ γαστρίτιδος, ή σοβαρότης των ένοχλημάτων, εάν υπάρχουν, δέν έναρμονίζεται πρός τά ένδοσκοπικά και ιστολογικά εύρήματα.





ΣΧΗΜΑ 4. Έκτασις των αλλοιώσεων επί των συνηθεστέρων τύπων εκεμβάσεων
ΣΗΜΕΙΩΣΙΣ

α = γαστροεντεραναστόμωσις
β = έκτομή - Billroth I
γ = έκτομή - Billroth II

Ευλόγως τίθεται τό ἐρώρημα, ποῖος ὁ λόγος διὰ τόν ὁποῖον μερικά μόνον ἄτομα εἶναι εὐαίσθητα εἰς τό παλινδρομοῦν ἐντερικόν περιεχόμενον μετά γαστρεκτομήν, ἐνῶ ἡ πλειονότης αὐτῶν παραμένουν ἀσυμπτωματικοί;

Οἱ Toye καί Williams τό 1965 μελετῶντες τό πρόβλημα τῆς ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος, ἀνέφερον μίαν ἀσυνήθη περίπτωσιν. Ἀσθενής ὁ ὁποῖος ἐχειρουργήθη παλαιότερον ὑπ' αὐτῶν, ὑποστάς γαστρεκτομήν καί ἀναστόμωσιν τύπου Billroth II, παρεπονεῖτο δι' ἄλγος κατά τό ἐπιγάστριον, χολώδεις ἐμέτους καί ἀπώλειαν βάρους, δηλαδή ἐνεφάνιζεν τό σύνδρομον τῆς ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος. Ἐκ παραλλήλου ἔπασχεν ἐκ χολολιθιάσεως διὰ τήν ὁποίαν ἐχειρουργήθη ἐκ νέου. Κατά τήν ἐγχείρησιν ἐτοποθετήθη ἐντός τοῦ δωδεκαδακτύλου καθετήρ ὁ ὁποῖος ἐχρησιμοποιήθη ἀργότερον πρός ἐγχυσιν ὑγρῶν διαλυμάτων. Οὕτω κατά τήν ἐγχυσιν φυσιολογικοῦ ὁρροῦ ἢ ἄλλων ὑγρῶν ὁ ἀσθενής οὐδέν ἐνόχλημα ἠσθάνετο. Κατά τήν ἐγχυσιν χολῆς αἰτιᾶτο δι' ἐπιγαστρικόν ἄλγος καί ἐνεφάνιζεν χολώδεις ἐμέτους. Συνάγεται τό συμπέρασμα ὅτι ὑπῆρχεν εἰδική εὐαισθησία τοῦ στομάχου πρός τήν χολήν.

Ἡ ἐμφάνισις τοῦ συνδρόμου εἰς ἀσθενεῖς μετά χολοκυστεκτομήν ἐρμηνεύεται ἰσῶς ἀπό τό γεγονός τῆς καταργήσεως τῆς δυνατότητος ἐναποθηκεύσεως τῆς χολῆς κατάς τὰς ὥρας ἡρεμίας τοῦ στομάχου (Andrew I. Warshaw 1979). Ἡ συνεχῆς ροή χολῆς διὰ τοῦ χοληδόχου πόρου εἰς τό δωδεκαδάκτυλον συνεπάγεται τήν παλινδρόμησιν αὐτῆς πρός τόν στόμαχον καί τήν ἐμφάνισιν τοῦ συνδρόμου ἐπὶ ὠρισμένων ἀσθενῶν, λόγῳ τῆς βλαπτικῆς τῆς δράσεως ἐπὶ τοῦ βλεννογόνου τοῦ στομάχου.

Συμπερασματικά, ἡ διαβροχή τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου ὑπό παράγοντος ὁ ὁποῖος συμπεριλαμβάνεται εἰς τὰ συστατικά τοῦ περιεχομένου τῆς νήστιδος, πιθανῶς ἐν συνδυασμῷ πρός εἰδικήν εὐαισθησίαν ὠρισμένων ἀτόμων, θεωρεῖται ἡ αἰτία τῆς ἐμφανίσεως τοῦ συνδρόμου τῆς ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Ἡ παθοφυσιολογία τῆς ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος ἀποτελεῖ θέμα ἐκτεταμένης κλινικῆς καὶ πειραματικῆς ἐρεῦνης. Αἱ γινώμαι διίστανται καὶ ὡς ἐκ τούτου θετικά συμπεράσματα δέν ἔχουν ἐξαχθῇ. Ἡ χολή καὶ τό ἀλκαλικόν ΡΗ τοῦ ἐντερικοῦ χυμοῦ καὶ τῶν παγκρεατικῶν ἐκκρίσεων ἐνοχοποιοῦνται διὰ τὴν γένεσίν τῆς. Αἱ ἀναρροφούμεναι γαστρικαὶ ἐκκρίσεις περιέχουν χολήν εἰς ποσοστὸν 60% ἐπὶ φυσιολογικῶν ἀτόμων, 89% ἐπὶ πασχόντων ἐκ δωδεκαδακτυλικοῦ ἔλκους καὶ 97% ἐπὶ πασχόντων ἐκ γαστρίτιδος ἢ ἔλκους στομάχου. Τό ὅτι ἡ χολή καὶ τὰ χολικά ἅλατα ἀσκοῦν βλαπτικὴν ἐπίδρασιν ἐπὶ τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου ἔχει ἀποδειχθῇ πειραματικῶς. Αἱ μελέται τοῦ Davenport τό 1965 καὶ 1968 ἐπὶ τοῦ φραγμοῦ τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου ἀποδεικνύουν ὅτι αἱ καταλυτικαὶ δράσεις τῆς χολῆς καὶ τῶν χολικῶν ἀλάτων δυνατόν νά διασποῦν τὴν λιπιδικὴν μεμβράνην τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου. Αἱ καταλυτικαὶ αὐταὶ ιδιότητες ὀφείλονται εἰς τὰ χολικά ἅλατα ἀφ' ἑνός καὶ τὴν λυσολεκιθίνη ἀφ' ἑτέρου. Ὅταν ὁ ὡς ἄνω προστατευτικὸς φραγμὸς θραυσθῇ, ὁξύ εἰσέρχεται ἐντός τῶν βλεννογονίων κυττάρων καὶ πεψίνη, Νάτριον, ὕδωρ καὶ πρωτεΐναι ἐξέρχονται εἰς τὸν αὐλὸν τοῦ στομάχου. Ἡ ἠϋξημένη συγκέντρωσις ἐντός τῶν κυττάρων ἰόντων ὕδρογόνου (H^+) ἀκολουθεῖται ἀπὸ ἀπελευθέρωσιν ἱσταμίνης, ἡ δὲ ἐκκρίσις ἱσταμίνης ἔχει ὡς ἀποτέλεσμα τὴν διαστολὴν τῶν τριχοειδῶν, τὴν αὐξήσιν τῆς διαβατότητος τοῦ τοιχώματος αὐτῶν, τὴν ἐμφάνισιν οἰδήματος, ὑπεραιμίας καὶ διαχύτου αἱμορραγίας.

Ἡ συγκέντρωσις τῶν χολικῶν ὀξέων καὶ τῶν συνδεδεμένων χολικῶν ἀλάτων ἐντός τοῦ ὕγρου τό ὅποιον συλλέγεται ἐκ τοῦ στομάχου ἀσθενῶν πασχόντων ἐκ γαστρικοῦ ἔλκους εἶναι μεγαλυτέρα τῆς συγκεντρώσεως αὐτῶν ἐπὶ φυσιολογικῶν ἀτόμων ἢ τῶν πασχόντων ἐξ ἔλκους δωδεκαδακτύλου. Ὁ Ivey καὶ οἱ συνεργάται του τό 1970, ἀποδέχονται ὅτι ἡ ὑψηλὴ αὕτη συγκέντρωσις τῶν χολικῶν ἀλάτων ἐντός τοῦ στομάχου εἶναι ὑπεύθυνος διὰ τὴν παλίνδρομον διάχυσιν (back diffusion) τῶν ἰόντων ὕδρογόνου, ἡ ὁποία συνεπάγεται γαστρίτιδα ἢ γαστρικὸν ἔλκος.

Τὰ χολικά ἅλατα δυνατόν νά προκαλοῦν ἀπελευθέρωσιν γαστρίνης ὑπὸ τοῦ γαστρικοῦ ἄντρου. Ἡ γαστρίνη αὐξάνει τὴν ἐκκρίσιν ὀξέος, τό ὅποιον εἶναι δυνατόν νά ἀσκῇ βλαπτικὴν ἐπίδρασιν, εἰδικῶς ὅταν ὁ προστατευτικὸς φραγμὸς ἔχει θραυσθῇ. Ὡς γνωστὸν ἡ γαστρίνη ἐπὶ φυσιολογικῶν ἀτόμων ἀποτελεῖ τὴν τροφικὴν ὁρμόνην τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου καθ' ὅτι ἐνισχύει τὴν ἐνσωμάτωσιν τῶν πρωτεϊνῶν ἐντός αὐτοῦ, συσφύγγει τοὺς δεσμοὺς τῶν κυττάρων καὶ προστατεύει αὐτόν ἀπὸ τὴν παλίνδρομον διάχυσιν τοῦ ὀξέος. Ἐάν αἱ ἄνωτέρω δράσεις τῶν χολικῶν ἀλάτων εἰς τὸν ἄνθρωπον εἶναι φαρμακολογικαὶ ἀποτελεῖ εἰσέτι θέμα ἐρεῦνης. Παρά ταῦτα αἱ βλαπτικαὶ ἐπιδράσεις τῆς χολῆς ἐπὶ τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου παρεκίνησαν τὸν Silen νά ὀνομάσῃ αὐτὴν «κακόβουλον χολήν».

Καίτοι ὑπάρχουν μελέται τοῦ τύπου τῶν ἱστολογικῶν ἀλλοιώσεων ἐκ τῆς ἐπιδράσεως τῶν παγκρεατικῶν καὶ ἐντερικῶν ὕγρων ἐπὶ τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου, αἱ γνώσεις ἐπὶ τοῦ μηχανισμοῦ δράσεως αὐτῶν παραμένουν εἰσέτι ἀνεπαρκεῖς. Ἀνεπτύχθη ἡ ἄποψις ὅτι τό ΡΗ τοῦ ἐκταμένου ἢ ὑποστάντος βαγοτομὴν στομάχου αὐξάνει τὴν πρωτεολυτικὴν δράσιν τῶν παγκρεατικῶν ἐνζύμων ἐπὶ τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου. Παρά ταῦτα δέν ἔχει μελετηθῇ ἐπαρκῶς ἡ συμπεριφορὰ αὐτοῦ τούτου τοῦ βλεννογόνου, τῆς πεψίνης καὶ τοῦ ὀξέος. Εἶναι ἄγνωστον διατί ἐκτεταμέναι καὶ χρόνιαι ἀλλοιώσεις εἶναι δυνατόν νά ὑφίστανται ἀνευ συμπτωμάτων ἐπὶ πολλῶν ἀσθενῶν, ἐνῶ ἄλλοτε ἐπιπόλαιαι ἱστολογικαὶ ἀλλοιώσεις συνοδεύονται ὑπὸ ἐντόνων συμπτωμάτων.



“Ετερος παράγων ό όποίος ένοχοποιείται είναι ή γαστρική στάσις ή όποία πολλάκις άκολουθεί την βαγοτομήν. Ή στάσις επιτρέπει την επί μακρότερον του συνήθους χρόνον επίδρασιν των ούσιών αί όποίαι παλινδρομούν προς τόν στομάχον επί του γαστρικού βλεννογόνου ή την υπερβολικήν αύξησιν των βακτηριδίων έντός του στομάχου καί την άποσύνθεσιν των χολικών άλάτων.

Έν συμπεράσματι ή παθοφυσιολογία της άλκαλικής γαστρίτιδος όφείλεται εις συνδυασμόν πολλών παραγόντων ώς των χολικών όξέων, χολικών άλάτων, των παγκρεατικών καί έντερικών έκκρίσεων. “Απαντες επιδρουν επί ενός μεταβλητού γαστρικού βλεννογόνου μέ άποτέλεσμα την γαστρίτιδα. Ή συνεχής επίδρασις μεταβάλλει τόν φραγμόν του βλεννογόνου του στομάχου καί έπισυμβαίνει ή παλίνδρομος διάχυσις όξέος προς τά κύτταρα αύτου. Έπί των περιπτώσεων του συνδρόμου άνευ έπεμβάσεως επί του στομάχου, άνωμαλίες του πυλωρικού σφιγκτήρος δυνατόν νά έχουν μεγάλην σημασίαν, ώστε νά ευθύνονται διά την πρόκλησιν της άλκαλικής γαστρίτιδος ή των γαστρικών έλκών.

Παρά ταύτα ή λεπτομερής επί μέρους επίδρασις ενός έκάστου των άναφερθέντων παραγόντων, ώς καί αί πολύπλοκοι βιοχημικάί έπεξεργασίαί αί όποίαι παρεμβάλλονται χρήζουν περαιτέρω μελέτης καί διερευνήσεως.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΩΝ

“Ως άλκαλικήν γαστρίτιδα δυνάμεθα νά χαρακτηρίσωμεν σύνδρομον έκ τριών κυρίως συμπτωμάτων, τό όποίον παρατηρείται επί άνεπάφου στομάχου, μετά χολοκυστεκτομήν καί συνηθέστερον μετά έπεμβάσεις επί του στομάχου. Τά συμπτώματα κατά σειράν συχνότητος καί σημασίας είναι:

- α) Τό επιγαστρικόν άλγος
- β) Οί χολώδεις έμετοι
- γ) Ή άπώλεια βάρους.

Συνυπάρχουν εις ποσοστόν 75-95% των άσθενών. Ή έναρξις των συμπτωμάτων δύναται νά παρατηρηθ ή πρώτην έβδομάδα μετά την επέμβασιν ή έντός χρονικού διαστήματος μέχρι καί 45 έτών. Εις μίαν άνασκόπησιν 119 περιπτώσεων ό Griffiths τό 1974, παρετήρησεν την έναρξιν των συμπτωμάτων τό πρώτον τρίμηνον εις τό 65% των άσθενών, ένώ 7% έξ αύτων ένεφάνισαν ένοχλήματα τέσσερα έτη μετά την επέμβασιν. Ένδιαφέρον είναι ότι τουλάχιστον τό 50% των συμπτωματικών άσθενών, ένεφάνισαν τά συμπτώματα 4 τουλάχιστον έτη πρίν τεθ ή όρθή διάγνωσις. Ύποστηρίζεται έξ άλλου, ότι ή έμφάνισις των συμπτωμάτων καθυστερεί επί προηγηθείσης στελεχιαίας βαγοτομής καί γαστροεντεροαναστομώσεως παρά επί γαστρεκτομής. Οί χαρακτηήρες των συμπτωμάτων είναι σαφείς:

Τό άλγος είναι τό χαρακτηριστικότερον σύμπτωμα του συνδρόμου καί τό πλέον σταθερόν. Έντοπίζεται εις τό κυρίως επιγάστριον αλλά πολλάκις άντανακλά εις την όσφύν ή την ώμοπλάτην. Περιγράφεται υπό των άσθενών ώς νηγμώδες ή καυστικόν άλγος καί όχι κολικοειδές ή πιεστικόν. Έπιτείνεται άμέσως μετά την λήσιν τροφής καί ύφίεται μετά άπό έμετο ή επί κενού στομάχου. Πάντως ούδέποτε ό άσθενής απαλλάσσεται πλήρως έξ αύτου. Χαρακτηριστικόν του άλγους είναι ότι δέν ύποχωρεί συνήθως εις την λήσιν άντιοξίνων φαρμάκων. Τοϋτο δέ όδηγεί εις τόν διαφορισμόν αύτου άπό τό άλγος του άναστομωτικού έλκους. Ή έντόπισις του εις τό κατώτερον τμήμα του οίσοφάγου ή καθ’



όλον αὐτοῦ τό μήκος, ὀπισθεν τῆς ξιφοειδοῦς ἢ τοῦ στέρνου, πιθανώτατα σημαίνει συνύπαρξιν γαστροοισοφαγικῆς παλινδρομήσεως καί οἰσοφαγίτιδος, ἥτις ἀπαντᾶται συχνά κατόπιν ἐπεμβάσεων ἐπὶ τοῦ στομάχου ἢ προϋπάρχει. Σημειοῦται ὅτι ἡ ἀλκαλικὴ οἰσοφαγίτις εἶναι σοβαρώτερα τῆς ὀξίνου τοιαύτης καὶ συνυπάρχει μετὰ τῆς ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος εἰς ποσοστὸν 40-60%.

Οἱ χολώδεις ἔμετοι παρατηροῦνται εἰς μικρότερον ποσοστὸν ἀπὸ τὸ ἄλλος. Πάντως εἶναι τὸ σύμπτωμα τὸ ὁποῖον συνήθως ὁδηγεῖ τὸν ἀσθενῆ πρὸς ἐπανεξέτασιν. Ἡ ναυτία εἶναι σταθερόν εὔρημα εἰς τὸ ἱστορικόν τῶν ἀσθενῶν. Οἱ ἔμετοι δέν εἶναι ρουκετοειδεῖς, ἀνακουφίζουν τὸν πάσχοντα ἐκ τοῦ ἄλγους καὶ περιέχουν σαφῶς χολήν. Ἡ ὑπαρξίς ἐντὸς αὐτῶν τροφῶν εἶναι χαρακτηριστικόν τῆς ὑπάρξεως βραδύτητος κατὰ τὴν κένωσιν τοῦ στομάχου.

Ἡ ἀπώλεια βάρους παρατηρεῖται εἰς τὸ αὐτὸ ποσοστὸν (65%) μέ τούς χολώδεις ἔμετους. Εἶναι ἀποτέλεσμα μᾶλλον τῆς ἀρνήσεως λήψεως τροφῆς ὑπὸ τῶν ἀσθενῶν πρὸς ἀποφυγὴν ἐπιτάσεως τοῦ ἄλγους, ἀλλὰ πολλάκις καὶ τῶν συχνῶν ἐμέτων. Αὕτη κυμαίνεται μετὰ 4 καὶ 28 χιλιογράμμων.

Σπανιώτερον παρατηροῦνται ἐπὶ ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος: α)σιδηροπενικὴ ἀναιμία εἰς ποσοστὸν μέχρι καὶ 25% τῶν ἀσθενῶν. Ὀφείλεται εἰς χρονίαν ἀπώλειαν αἵματος ἀπὸ τὸν γαστρικόν βλεννογόνον καὶ ἐκδηλοῦται ὑπὸ μορφήν μελαίνης, σπανίως δέ αἱματεμέσεως ἢ μαζικῆς αἱμοραγίας.

β)Δυσφαγία εἰς ποσοστὸν 12%, ὀφειλομένη εἰς δευτεροπαθεῖς ἀλλοιώσεις τοῦ οἰσοφάγου, λόγῳ τῆς ἐκ παλινδρομήσεως φλεγμονῆς καὶ ἐπακολουθούσας στενώσεως.

ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ

Ἡ καλὴ γνῶσις τῆς συμπτωματολογίας ὅλων τῶν συνδρόμων μετὰ ἐπεμβάσεις ἐπὶ τοῦ στομάχου καὶ τῶν χοληφόρων ὁδῶν, ἀποτελεῖ ἀπαραίτητον προϋπόθεσιν διὰ νὰ θέσῃ ὁ κλινικὸς τὴν διάγνωσιν τῆς ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος. Δύναται ὡς ἐκ τούτου νὰ ὑποστηριχθῇ ὅτι πέραν παντός ἄλλου, ἡ λήψις ἐνός λεπτομεροῦς ἱστορικοῦ εἶναι καθοριστικὴ διὰ τὴν ὀρθὴν διάγνωσιν.

Ὁ χρόνος τῆς πρώτης ἐπεμβάσεως, ἡ πάθησις διὰ τὴν ὁποίαν ὑπεβλήθη ὁ ἀσθενὴς εἰς αὐτήν, ὡς καὶ τὰ συμπτώματά της εἶναι ἀπαραίτητα στοιχεῖα.

Ἡ ἐμφάνισις μετεγχειρητικῶν ἐνοχλημάτων, οἱ ἀκριβεῖς χαρακτῆρες αὐτῶν, ἡ σύγκρισις αὐτῶν πρὸς τὰ προεγχειρητικὰ ἐνοχλήματα, ὁ χρόνος ἐμφανίσεώς των, οἱ παράγοντες οἱ ὁποῖοι συντελοῦν εἰς τὴν ἐπίτασιν ἢ τὴν ὑφесιν αὐτῶν δέν εἶναι δυνατόν νὰ ἀγνοηθοῦν. Τυχόν γενόμεναι ἐπανεπεμβάσεις, τὰ συμπτώματα τὰ ὁποῖα ὠδήγησαν εἰς αὐτάς, αἱ πιθαναὶ διαγνώσεις καὶ οἱ τύποι τῶν ἐγχειρήσεων εἶναι στοιχεῖα βασικά διὰ τὴν διάγνωσιν καὶ τὴν ἐπιλογὴν τῆς ὀρθῆς θεραπευτικῆς μεθόδου. Ἐάν ἅπαντα τὰ ἀνωτέρω δέν ἀναφερθοῦν ὑπὸ τοῦ ἀσθενοῦς, οὗτος πρέπει νὰ ὑποβοηθηθῇ ὑπὸ τοῦ ἐξεταστοῦ διὰ τῶν καταλλήλων διευκρινιστικῶν ἐρωτήσεων, αἱ ὁποῖαι δέν πρέπει νὰ παραλείπονται κατὰ τὴν λήψιν ἱστορικοῦ, ἐπὶ ὑποψίας ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος. Οὕτω ὁ ἀσθενὴς ἀπαραιτήτως ἐρωτᾶται:

Ποῖον εἶναι τὸ κύριον ἐνόχλημά σας.....

.....

Ἐχετε ἄλλα ἐνοχλήματα.....

.....



- Πότε ἤρχισαν τὰ ἐνοχλήματά σας.....
- Πότε εἰσθε καλλίτερα, πρό ἢ μετά τό φαγητόν.....
- Πρός τί ὁμοιάζει καί πού ἀντανακλᾷ ὁ πόνος.....
- Ἀνακουφίζεσθε πλήρως ἢ μερικῶς μετά τόν ἔμετο.....
- Ἔχετε παρατηρήσει ἀπώλειαν βάρους.....
- Ἔχετε δυσφαγίαν.....
- Εἶχατε ποτέ μέλαινα ἢ ἄλλην αἱμορραγίαν.....
- Ἔχετε χειρουργηθῇ καί διατί.....
- Υπάρχει ὁμοιότης τῶν σημερινῶν ἐνοχλημάτων πρός τὰ πρό τῆς ἐγχειρήσεως
- Ποῖα ἡ χρονική σχέσις ἐγχειρήσεως καί ἐνοχλημάτων.....
- Ἔχετε ὑποστῇ πλὴν τῆς πρώτης ἄλλην ἐγχείρησιν καί διατί.....
- Μήπως γνωρίζετε τοὺς τύπους τῶν ἐγχειρήσεών σας.....
- Ἔχετε ὑποβληθῇ εἰς θεραπείαν διὰ τὰ ἐνοχλήματά σας.....
- Τί φάρμακα χρησιμοποίησατε καί ποῖον τό ἀποτέλεσμα.....

Γίνεται εὐκόλως ἀντιληπτόν ὅτι αἱ ἀπαντήσεις εἰς τὰ ὡς ἄνω ἐρωτήματα δέν καταλείπουν κενόν ὡς πρός τὴν ὀρθὴν διάγνωσιν, ἀλλὰ καί τὴν ἐπιλογὴν τῆς καταλλήλου θεραπευτικῆς ἀγωγῆς. Ἡ κλινικὴ διάγνωσις ἐπιβεβαιοῦται ὑπὸ τῆς ἐργαστηριακῆς ἐρεῦνης, εἰς τὴν ὁποῖαν περιλαμβάνονται:

- 1) Ἡ ἐνδοσκόπησις
- 2) Ἡ ἱστολογικὴ ἐξέτασις
- 3) Ὁ ἀκτινολογικὸς ἔλεγχος
- 4) Ἡ μελέτη ὀξέος
- 5) Ἡ ποσοτικὴ ἐκτίμησις τῶν πολινδρομούντων χολικῶν ὀξέων (FBR)

Ἐνδοσκόπησις

Ἡ ἐπιβεβαίωσις τῆς κλινικῆς διαγνώσεως τῆς ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος τίθεται διὰ τῆς ἐνδοσκοπήσεως. Κατ' αὐτὴν ἐλέγχονται ὁ οἰσοφάγος, ὁ στόμαχος, ἡ ἀναστόμωσις, ὡς καί ἡ προσιοῦσα καί ἀπιοῦσα ἐλιξ τῆς νήστιδος. Τὰ χαρακτηριστικὰ ἐνδοσκοπικὰ εὐρήματα ἐπὶ ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος εἶναι:

α) Ἡ διαπίστωσις τῆς παλινδρομήσεως χολῆς διὰ τῆς γαστρεντεροαναστομώσεως ἢ τῆς πυλωροπλαστικῆς ἢ τοῦ πάσχοντος πυλωροῦ ἐπὶ ἀνεπάφου στομάχου.



β) Ἡ ὑπαρξίς ἀλλοιώσεων τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου, δευτεροπαθῶς, ἐκ τῆς βλαπτικῆς ἐπιδράσεως τῆς χολῆς, ἡ ὁποία ἔχει παλινδρομήσει. Ποσοτικοποιήσις τῆς παλινδρομήσεως δέν εἶναι βεβαίως δυνατή, ἀλλά μία γενική ἐντύπωσις δύναται νά σχηματισθῇ. Ἡ ἔντασις τῆς χρώσεως τοῦ βλεννογόνου ἐκ τῆς χολῆς ἐξαρτᾶται ἐκ τῆς ποσότητος τῆς παλινδρομήσεως. Αἱ μακροσκοπικαί βλεννογονικαί ἀλλοιώσεις συνίστανται εἰς διάχυτον ἐρυθρότητα ἡ ὁποία εἰς τὰς τυπικάς περιπτώσεις δέν καταλαμβάνει μόνον τήν περί τήν ἀναστόμωσιν περιοχήν, ἀλλά ἐκτείνεται εἰς ὁλόκληρον τό κολόβωμα. Ἀπό τό εὔρημα τοῦτο, δύναται ὁ ἐνδοσκόπος νά προβλέψῃ σημαντικήν παλινδρόμησιν χολῆς (παλινδρομοῦντα χολικά ὀξέα $> 120 \mu\text{mol/h}$, ἐπίπεδον σχετιζόμενον μέ συμπτώματα ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος. Hoave, Donovan, Al. Williams 1977). Ὁ βλεννογόνος εἶναι κοκκιώδης καί εὐθρυπτος (αἱμορραγικός). Εἶναι δυνατόν νά παρατηρηθοῦν ἐπιφανειακαί ἐξελκώσεις, ὑπό τήν μορφήν γραμμοειδῶν ρωγμῶν.

Εἰς τούς ἀσθενεῖς οἱ ὁποῖοι ἐμφανίζονται τό τυπικόν κλινικόν σύνδρομον καί τό σύνολον τῶν ἀνωτέρω ἐνδοσκοπικῶν εὐρημάτων ἡ διάγνωσις εἶναι εὐχερής. (σχῆμα 5). Ἀλλά αἷτια μετεγχειρητικῶν συμπτωμάτων καί κυρίως τό ἔλκος ἐκ τῆς παρουσίας ράμματος ἢ τό ἀναστομωτικόν ἔλκος εἶναι δυνατόν νά ἀποκλεισθοῦν κατά τήν ἐνδοσκόπησιν.

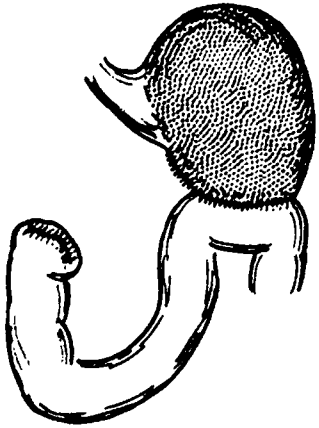
Διαγνωστικά δυσχέρειαι προκύπτουν ἐπὶ ἀσθενῶν οἱ ὁποῖοι ἐνῶ ἐμφανίζουν τυπικόν κλινικόν σύνδρομον, κατά τήν ἐνδοσκόπησιν δέν παρουσιάζουν τυπικάς ἀλλοιώσεις ὡς περιγράφονται ἀνωτέρω (Hoave, Jones 1977) (σχῆμα 6). Ἀντιστρόφως ἐπὶ σημαντικοῦ ἀριθμοῦ ἀσυμπτωματικῶν ἀσθενῶν μετὰ γαστρεκτομῆν παρατηρεῖται παλινδρόμησις χολῆς καί γαστρικόν ἐρύθημα τό ὁποῖον ὁμῶς περιορίζεται συνήθως εἰς τήν περιοχὴν τῆς ἀναστομώσεως (Cotton 1973) (σχῆμα 7).

Βιοψαί λαμβανόμεναι κατά τήν γαστροσκόπησιν ἐπὶ ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος ἐπιβεβαιώνουν τήν ὑπαρξίς τῆς ἱστολογικῆς γαστρίτιδος. Ἐν τούτοις ἡ ἱστολογικὴ γαστρίτις εἶναι πολὺ κοινὸ μετεγχειρητικόν εὔρημα καί δέν συσχετίζεται ἀπολύτως πρὸς τήν παρουσίαν ἢ ἀπουσίαν συμπτωμάτων (Meyer 1979). Ἡ συνύπαρξις ἀλκαλικῆς οἰσοφαγίτιδος ἀπὸ τόν βαθμόν τοῦ ἐρυθήματος μέχρι τήν οὐλώδη στένωσιν, ἐπιβεβαιοῦται διὰ τῆς ἐνδοσκοπήσεως. Τὰ περιγραφέντα ἐνδοσκοπικά εὐρήματα, τῆς παλινδρομήσεως χολῆς καί τῶν μακροσκοπικῶν βλεννογονίων ἀλλοιώσεων ὑποστρέφουν πλήρως μετὰ χειρουργικὴν ἐπέμβασιν καί μετατροπὴν τῆς γαστρεντεροαναστομώσεως εἰς κατά Roux-Y ἀναστόμωσιν.

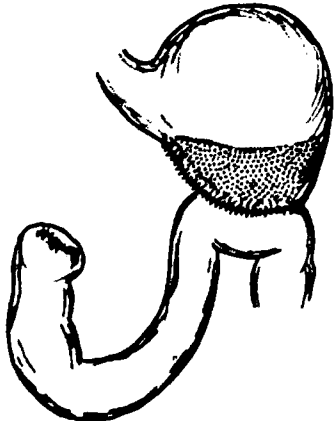
Ἱστολογικὴ ἐξέτασις

Ἡ ἱστολογικὴ εἰκὼν εἶναι αὐτὴ τῆς ἀτροφικῆς γαστρίτιδος καί ποικίλει ἀνάλογα πρὸς τήν βαρύτητα τῆς φλεγμονῆς. Αἱ βλάβαι δυνατόν νά ἐκτείνονται καθ' ὅλον τό πάχος τοῦ βλεννογόνου. Οἱ βλεννογόνοι ἀδένες ὑφίστανται ἐπιμήκυνσιν καί ἐλικοειδῆ παραμόρφωσιν, ἀτροφίαν βαρείας μορφῆς ἢ πλήρη ἐξαφάνισιν. Τὰ θεμέλια καί τὰ τοιχωματικά κύτταρα ἐλαττοῦνται ἢ ἐξαφανίζονται. Πλασματοκύτταρα προέχουν εἰς τὰ ἀνώτερα στρώματα, ἐνῶ λεμφοκύτταρα ἀνευρίσκονται εἰς τὰς ἔσω στιβάδας τοῦ βλεννογόνου. Ἐνίοτε παρατηρεῖται βαρεία, πλήρης κυτταρική διήθησις, ἄνευ ἀτροφίας τῶν ἀδενικῶν σχηματισμῶν, ἡ ὀνομαζομένη «διάμεσος γαστρίτις». Ἡ ἀπώλεια τῶν ἀδένων καταλείπει πολλάκις κενούς χώρους οἱ ὁποῖοι καταλαμβάνονται ὑπὸ βλεννοπαραγωγῶν ἀδένων, ὁμοίων τοῦ βλεννογόνου τοῦ πυλωροῦ, ἐπερχομένης οὕτω τῆς ψευδοπυλωρικῆς μεταπλασίας. Εἰς βαρείας μορφᾶς ἐπέρχεται ἐντερικὴ μεταπλασία, ἡ ὁποία ποικίλει ἀπὸ τῆς παρουσίας κυπελλοειδῶν κυττάρων μέχρι τῆς ἐμφανίσεως μεγάλων σχηματισμῶν τυπικοῦ ἐντερικοῦ ἐπιθηλίου.

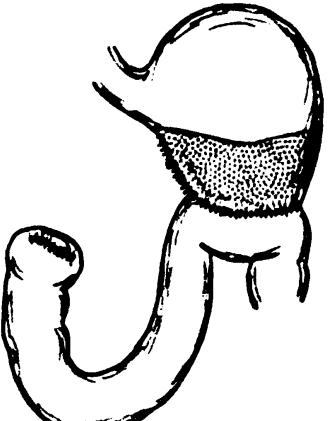


	Κλινικόν σύνδρομον	Ένδοσκοπικά εύρήματα
	ἄλγος χολώδεις ἔμετοι ἀπώλεια βάρους	ἀλλοιώσεις καθ' ὅλην τὴν ἐκτασιν τοῦ κολοβώματος

Σχήμα 5. Πλήρες κλινικόν καί ἐνδοσκοπικόν σύνδρομον. Διάγνωσις εὐχε-
ρής.

	Κλινικόν σύνδρομον	Ένδοσκοπικά εύρήματα
	ἄλγος χολώδεις ἔμετοι ἀπώλεια βάρους	ἀλλοιώσεις περί τὴν ἀναστόμωσιν

Σχήμα 6. Πλήρες κλινικόν σύνδρομον. Ἀλλοιώσεις περί τὴν ἀναστόμωσιν.
Διάγνωσις μᾶλλον εὐχερής.

	Κλινικόν σύνδρομον	Ένδοσκοπικά εύρήματα
	οὐδέν σύμπτωμα	ἀλλοιώσεις περί τὴν ἀναστόμωσιν

Σχήμα 7. Οὐδέν σύμπτωμα. Ἐλαφραί ἀλλοιώσεις. Τό σύνολον σχεδόν τῶν
γαστρεκτομηθέντων

Άκτινολογικός έλεγχος

Ο άκτινολογικός έλεγχος του άνωτέρου πεπτικού έλάχιστα συμβάλλει εΐς τήν διάγνωσιν τής άλκαλικής γαστρίτιδος. Έκ του άκτινολογικού έλέγχου του στομάχου οί Thorfinnson καί Brown τό 1974 άναφέρουν μή ειδικάς άλλοιώσεις εΐς τό 33% τών περιπτώσεων των. Αΐ άλλοιώσεις αΐται συνίσταντο εΐς αύξησιν τών πτυχών του γαστρικού κολοβώματος ΐδία τών περί τήν άναστομώσιν, ή όποΐα ώς άπέδείχθη όφείλετο εΐς τό συνυπάρχον οΐδημα έπί τών περισσοτέρων περιπτώσεων. Έκ τής μελέτης του γαστρικού κολοβώματος δυνατόν νά διαγνωσθούν εύμεγέθη γαστρικά έλκη, σπανίως έλκη άναστομώσεως, διάτασις του στομάχου καΐ έπιβράδυνσις κατά τήν κένωσιν αΐτου ή λειτουργικαΐ άνωμαλΐαι τής άναστομώσεως. Η έξέτασις του οΐσοφάγου καΐ τής οΐσοφαγογαστρικής συμβολής δυνατόν νά άποκαλύψη έξελκώσεις ή στένωσιν του οΐσοφάγου (εΐκ. 1), διαφραγματοκήλην μετά ή άνευ γαστροοισοφαγικής παλινδρομήσεως ή άπλώς παλινδρόμησιν. Τέλος διά του άκτινολογικού έλέγχου δυνατόν νά διαπιστωθΐ μηχανική άπόφραξις τής προσιούσης ή άπιούσης έλικος καΐ νά ληφθούν πληροφορίαΐ όσον άφορā τόν τύπον τής προηγηθείσης έπεμβάσεως, όταν αΐται έλείπουν έκ του ΐστορικού.



ΕΙΚΩΝ 1. Στένωσις οΐσοφάγου λόγω άλκαλικής οΐσοφαγΐτιδος.



Μελέτη όξεος

Η διαγνωστική αξία της τιτλοποιήσεως του γαστρικού όξεος επί αλκαλικής γαστρίτιδος δέν έχει ακόμη αποδειχθή. Τό σύνηθες εύρημα είναι ή ύποχλωρυδρία ή άχλωρυδία. Αί παρατηρούμεναι μειωμέναι τιμαί ($< 2 \text{ mEq/h}$) αποδίδονται:

- α)είς την προηγηθεϊσαν επέμβασιν επί του στομάχου.
- β)είς την παλίνδρομον διάχυσιν όξεος διά του γαστρικού βλεννογόνου.
- γ)είς την έξουδετέρωσιν του γαστρικού όξεος, από τάς παλινδρομούσας αλκαλικάς έκκρίσεις.
- δ)είς την ελάττωσιν του άριθμού τών τοιχωματικών κυττάρων.

Η τιτλοποίησις του γαστρικού όξεος δύναται μόνον νά συμβάλλη εις την διαφορικήν διάγνωσιν της αλκαλικής γαστρίτιδος από τό νηστιδικόν αναστομωτικόν έλκος, τό όφειλόμενον εις άτελή άντιελκωτικήν επέμβασιν ή άλλους έλκογόνους παράγοντας.

Fasting bile reflux (FBR)

Η ποσοτική έκτίμησις τών παλινδρομούντων χολικών όξέων ανά ώραν, δυνατόν νά συμβάλλη εις την έπιλογήν τών πρόσ έγχειρησιν άσθενών. Τιμαί άνω τών $120 \mu\text{mol/h}$ άνευρίσκονται επί όλων τών συμπτωματικών άσθενών. Έξ άλλου άσθενείς έμφανίζοντες τάς ώς άνω ύψηλάς τιμάς, άνταποκρίνονται καλλίτερον εις διορθωτικές έπεμβάσεις παρά έκείνοι εις τούς όποίους ή έκτίμησις της παλινδρομήσεως έγένητο άκτινοσκοπικώς ή γαστροσκοπικώς (Hoare, Jones and Hawkins 1978).

Διαφορική διάγνωσις

Πλείσται όσαι μετεγχειρητικάί ιδίως, παθολογικάί καταστάσεις, έμφανίζουν ανάλογα πρόσ την αλκαλικήν γαστρίτιδα συμπτώματα. Δέν είναι έξ άλλου άσύνηθες φαινόμενον ή συνύπαρξις δύο ή περισσοτέρων έξ αύτών επί του αύτου άσθενούς. Γίνεται εύκόλως αντιληπτόν ότι ή σαφής γνώσις τών καταστάσεων αύτών έπιτρέπει την όρθήν αξιολόγησιν τών άσθενών καί την έπιλογήν τών έχόντων ανάγκην ειδικής διορθωτικής έπεμβάσεως ή συνδυασμού έγχειρήσεων πρόσ αντιμετώπισιν πολυπλόκων προβλημάτων. Ένταυθα γίνεται άπλώς μνεία τών συχνότερων έξ αύτών, αίτινες είναι:

- α)Τό σύνδρομον Dumping,
- β)Τό σύνδρομον προσιούσης έλικος.
- γ)Η καθυστερημένη γαστρική κένωσις.
- δ)Οί έμετοι λόγω όψίμου έντερικής άποφράξεως.
- ε)Αί διάρροiai μετά βαγοτομήν.
- στ)Τό έλκος αναστομώσεως.
- ζ)Η χρονία παγκρεατίτις.
- η)Τό καλούμενον «μετά χολοκυστεκτομήν σύνδρομον».



ΕΠΙΠΛΟΚΑΙ

Πλήν τῶν τυπικῶν ὑποκειμενικῶν ἐνοχλημάτων (ἐπιγαστρικόν ἄλγος - χολῶδεις ἔμετοι) καί τῆς ἀπωλείας βάρους, ἡ ἀλκαλική γαστρίτις ὁδηγεῖ ἐπὶ ὑψηλοῦ ποσοστοῦ ἀσθενῶν, εἰς λίαν σοβαράς ἐπιπλοκάς, αἱ ὁποῖαι δύνανται νά ἀπειλήσουν κατ' εὐθείαν καί αὐτὴν τὴν ζωὴν τοῦ ἀσθενοῦς. Αἱ ἐπιπλοκαὶ εἶναι:

- α) ἡ οἰσοφαγίτις.
- β) τὸ ἀναστομωτικόν ἔλκος.
- γ) τὸ καρκίνωμα τοῦ στομάχου.
- δ) ἡ αἰμορραγία.

Οἰσοφαγίτις

Ἡ συνύπαρξις ἀλκαλικῆς οἰσοφαγίτιδος καί ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος ἀναβιβάζεται εἰς ποσοστόν 50% καί πλέον (Himal 1977-Corringier et al 1973-Wickbom et al 1974). Τοῦτο δέ διότι ἡ γαστροοισοφαγικὴ παλινδρόμησις προϋπάρχει ἢ ἐγκαθίσταται μετὰ τὴν πρώτην ἐπὶ τοῦ στομάχου ἐπέμβασιν, γνωστοῦ ὄντος, ὅτι γενικῶς ἐπεμβάσεις ἐπὶ τοῦ στομάχου ἐπαυξάνουν τὸ ποσοστόν γαστροοισοφαγικῆς παλινδρομήσεως. Ἐνδιαφέρον εἶναι ὅτι ἡ παλινδρόμησις τοῦ ἀλκαλικοῦ περιεχομένου τοῦ στομάχου ἐπὶ ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος πρὸς τὸν οἰσοφάγον, συνεπάγεται κατὰ πολὺ βαρυτέρας ἀλλοιώσεις ἀπὸ τὴν παλινδρόμησιν τοῦ ὀξίνου περιεχομένου ἐπὶ ἀνεπάφου ἢ μὴ στομάχου. (Gillison et al 1972). Αἱ ἀλλοιώσεις ἐξικνύμεναι ἀπὸ τὴν ἀπλήν ὑπεραιμίαν μέχρι τὴν οὐλώδη στένωσιν, ὑποχωροῦν πλήρως μετὰ τὴν παροχέτευσιν τῶν ὑγρῶν τοῦ δωδεκαδακτύλου μακρὰν τοῦ στομάχου (Roux-Y), χωρὶς νά ἀπαιτεῖται οὐδεμία διορθωτικὴ ἐπέμβασις εἰς τὴν περιοχὴν τῆς γαστροοισοφαγικῆς συμβολῆς (Payne 1970 - Wickbom et al 1974).

Ἀναστομωτικόν ἔλκος

Ὁ ὅρος «ἀναστομωτικόν ἔλκος» χρησιμοποιεῖται εὐρέως ὑπὸ τῶν κλινικῶν. Ἐνταῦθα διευκρινίζεται ὅτι ὑπὸ τὸν ὅρον αὐτόν ὑφίστανται δύο διάφοροι τύποι ἐλκῶν ὡς πρὸς τὴν αἰτιολογίαν ἀλλὰ καί τὴν ἀντιμετώπισιν.

α) Ἐλκος ἀναπτυσσόμενον ἐπὶ ἡ πλησίον τῆς ἀναστομώσεως πρὸς τὴν πλευρὰν τῆς νήστιδος, τὸ ὁποῖον ὀφείλεται συνήθως εἰς ἀτελῆ ἀντιελκωτικὴν ἐπέμβασιν (ἀτελὴς βαγοτομή ἢ περιορισμένη ἐκτομή κ.λ.π.). Ἀντιμετωπίζεται διὰ βαγοτομῆς ἢ περαιτέρω ἐκτομῆς ἢ διὰ συνδυασμοῦ ἀμφοτέρων.

β) Ἐλκος ἀναπτυσσόμενον ἐπὶ ἡ πλησίον τῆς ἀναστομώσεως πρὸς τὴν πλευρὰν τοῦ γαστρικοῦ κολοβώματος. Ὀφείλεται εἰς τὴν παλινδρόμησιν χολῆς παγκρεατικῶν ἐκκρίσεων ἢ ἐντερικοῦ χυμοῦ πρὸς τὸν στόμαχον καί εἶναι ἀποτέλεσμα ἐπελθούσης ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος. Ἀντιμετωπίζεται διὰ ἀναστομώσεως κατὰ Roux-Y, ὡς καί ἡ ἀλκαλική γαστρίτις.

Ἡ διάφορος ἀντιμετώπισις τῶν ἀντιθέτων αὐτῶν καταστάσεων καταδεικνύει τὴν σημασίαν τῆς ὀρθῆς προεγχειρητικῆς διαγνώσεως, διὰ τὴν ὁποίαν ἡ ἐνδοσκοπήσις, ἡ μελέτη τῆς γαστρικῆς ἐκκρίσεως καί ἐνίοτε ἡ ἱστολογικὴ ἐξέτασις κρίνονται ἀπολύτως ἀπαραίτητοι.



Καρκίνωμα του στομάχου

Υποστηρίζεται ότι ή σταθερά αναγέννησις τῶν βοηθιακῶν κυττάρων, εἰς ἀπάντησιν τῶν ἀλλοιώσεων ἐκ τῆς μακροχρονίου ἐπιδράσεως τῆς παλινδρομούσης χολῆς πρὸς τὸν στόμαχον, εἶναι δυνατόν νά ὀδηγήσῃ εἰς νεοπλασίαν. Ὁ ἀπαιτούμενος πρὸς τοῦτο χρόνος ὑπολογίζεται εἰς 20-25 ἔτη ἀπὸ τὴν πρώτην ἐπέμβασιν. Ὁψιμα ἀκαθόριστα ἐνοχλήματα, ὡς καὶ δυσφαγία μετὰ γαστρεκτομὴν, πρέπει νά ὀδηγοῦν τὴν σκέψιν πρὸς τὸν καρκῖνον τοῦ γαστρικοῦ κολοβώματος. Ὁ Morgenstern εἰ αἰ τό 1973 παρετήρησεν συχνότεραν ἐντόπισιν περὶ τὴν ἀναστόμωσιν ἐπὶ γαστρεκτομῆς καὶ ἀναστομώσεως τύπου Billroth II, ἐνῶ σπανίως ἀναπτύσσεται καρκῖνος κολοβώματος ἐπὶ ἐκτομῆς καὶ ἀναστομώσεως τύπου Billroth I. Ὁ Du Plessis τό 1962, ἐπὶ προηγηθείσης στελεχιαίας βαγοτομῆς καὶ γαστρεντεροαναστομώσεως, παρετήρησεν τὴν συχνότεραν ἀνάπτυξιν τοῦ καρκίνου κατὰ τὸν πυλωρόν ἢ τὸν θόλον τοῦ στομάχου, ἐνῶ τό σῶμα τοῦ στομάχου δεικνύει ἀνεξήγητον ἀνοχή, χωρὶς ὅμως τοῦτο νά εἶναι καὶ κανὼν.

Αἱμορραγία

Ἀσθενεῖς ἐμφανίζοντες αἱμορραγίαν ὡς ἐπιπλοκὴν τῆς ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος δύνανται νά καταταγοῦν εἰς τρεῖς ἐπὶ μέρους κατηγορίας:

α)Τοὺς πάσχοντας ἐκ τυπικῆς συμπτωματικῆς ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος, οἱ ὅποιοι ἐμφανίζουν ὀξείαν αἱμορραγίαν ἢ χρονίαν ἀπώλειαν αἵματος ἐκ τοῦ στομάχου.

β)Τοὺς ἀσυμπτωματικούς ἀσθενεῖς οἱ ὅποιοι ἐμφανίζουν αἱμορραγίαν. Ἡ διάγνωσις τίθεται διὰ τῆς ἐνδοσκοπήσεως καὶ τῆς ἱστολογικῆς ἐξετάσεως.

γ)Τοὺς ἐμφανίζοντας βαρεῖαν αἱμορραγίαν τὰς πρώτας μετεγχειρητικὰς ἡμέρας, μετὰ πρώτην ἐπέμβασιν ἐπὶ τοῦ στομάχου.

Ἐπὶ τῶν χρονίων ἢ ἡπίων μορφῶν, ἀλλὰ καὶ κατὰ τὴν ὀξείαν μαζικὴν αἱμορραγίαν ἡ ἀντιμετώπισις εἶναι ἐν ἀρχῇ συντηρητικὴ.

Ἐάν ὅμως ἀσθενὴς ὀδηγηθῇ πρὸς τό χειρουργεῖον, δι' ἀντιμετώπισιν αἱμορραγίας ἢ ὁποία ὀφείλεται εἰς ἀλλοιώσεις ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος, ἢ ἀναστόμωσις κατὰ Roux-Y πρέπει ὅπωςδὴποτε νά συμπληρώσῃ ἄλλους ἀπαραιτήτους χρόνους (ὡς περαιτέρω ἐκτομὴ ἢ συρραφὴ εὐμεγέθων διαβρώσεων) διὰ τὴν ὀριστικὴν λύσιν τοῦ προβλήματος.



ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟΝ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ:

Συντηρητική θεραπεία

Χειρουργική θεραπεία:

- 1) Χειρουργικά μέθοδοι.
- 2) Ήμετέρα τεχνική.
- 3) Έπιπλοκαί.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ἡ θεραπεία τῆς ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος περιλαμβάνει δύο σκέλη:

- α) Τὴν συντηρητικὴν θεραπείαν.
- β) Τὴν χειρουργικὴν θεραπείαν.

ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τὰ ἀποτελέσματα τῆς συντηρητικῆς θεραπείας εἶναι κατὰ κοινὴν ὁμολογίαν ἀπογοητευτικά. Παρά ταῦτα ἅπαντες συμφωνοῦν εἰς τὴν χρῆσιν φαρμακευτικῶν οὐσιῶν, αἱ ὁποῖαι εἶναι δυνατόν νά ἐξουδετερώσουν τοὺς παράγοντας οἱ ὁποῖοι ἐνοχοποιοῦνται διὰ τὴν πρόκλησιν τοῦ συνδρόμου ἢ νά βελτιώσουν λειτουργικὰς ἀνωμαλίας, ὡς ἡ γαστρικὴ στάσις, αἱ ὁποῖαι συνεπάγονται τὴν ἐπὶ μακρὸν χρόνον βλαπτικὴν ἐπίδρασιν τῶν παραγόντων αὐτῶν ἐπὶ τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου. (Scudamore et al 1973, Bushkin and Woodward 1976, Coorperman 1976). Οὕτω εἰς τὴν συντηρητικὴν θεραπείαν περιλαμβάνονται:

α) Ἀντιελκωτικοὶ παράγοντες.

Τὸ οὐδέτερον ἢ ἀλκαλικόν ΡΗ τοῦ περιεχομένου τοῦ στομάχου ἐπὶ ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος, καθιστᾷ τὸν ρόλον τῶν ἀντιοξίνων φαρμάκων καὶ τὴν δρᾶσιν τῶν, ἐκ πρώτης ὄψεως περίεργον. Ἐν τούτοις ὅμως, ὑπενθυμίζομεν, ὅτι ὁ ἐντερικὸς χυμὸς προκαλεῖ διάσπασιν τοῦ φυσιολογικοῦ προστατευτικοῦ φραγμοῦ τοῦ βλεννογόνου τοῦ στομάχου καὶ βλαπτικὴν ἐπίδρασιν ἐπ' αὐτοῦ τῆς ἐκκρινόμενης γαστρίνης καὶ τοῦ ὑδροχλωρικοῦ ὀξέος. Ἐκ τῶν ἀντιοξίνων φαρμάκων, τὸ ὑδροξείδιον τοῦ ἀργηλίου δρᾷ διττῶς, ἀφ' ἑνός διότι προσροφᾷ τὰ χολικά ἅλατα καὶ ἀφ' ἑτέρου διότι ἐξουδετερώνει τὸ ὑδροχλωρικόν ὀξύ.

β) Χοληστεραμίνη (Questran).

Εἶναι μία ἰοντοανταλλακτικὴ ρητίνη ἡ ὁποία δεσμεύει εὐθέως τὰ χολικά ἅλατα εἰς τὸν ἐντερικόν σωλῆνα καὶ μειώνει τὴν δεξαμενὴν αὐτῶν καὶ τοῦ χολικοῦ ὀξέος. Χορηγεῖται εἰς δόσιν 4 γραμ. μίαν ὥρα μετὰ τὰ γεύματα καὶ πρὸ τοῦ ὕπνου, ἐντὸς χυμοῦ φρούτων. Ὁ Ayulo τὸ 1972, πρῶτος παρετήρησεν τὴν δρᾶσιν τῆς ἐπὶ συνδρόμων μετὰ γαστρεκτομὴν, πλὴν ὅμως περιέγραψεν τὴν ἀξίαν αὐτῆς ἐπὶ διαρροϊῶν καὶ ὄχι ἐπὶ χολωδῶν ἐμέτων. Ὁ Eckstam καὶ οἱ συνεργάται του τὸ 1974 σημειώνουν καλὴν ἀνταπόκρισιν δέκα ἐκ τῶν εἴκοσι ἀσθενῶν εἰς τοὺς ὁποίους ἐχορηγήθη, ἐνῶ ὁ Herrington παρετήρησεν πτωχὴν ἀνταπόκρισιν ἐπὶ δέκα ἀσθενῶν. Αἱ περισσότεραι ἐκθέσεις πάντως ἀναφέρουν κακὴν ἀνοχήν τοῦ φαρμάκου ὑπὸ τῶν ἀσθενῶν καὶ μειωμένην ἀποτελεσματικότητά ἐκ τῆς χρήσεώς του.



γ) *Metoclopramide (Primperan).*

Είναι παράγωγον της προκαϊναμίδης με ισχυράς επιδράσεις εις την γαστρεντερικήν κινητικότητα. Χαρακτηριστικώς αυξάνει τόν τόνον καί την συσταλτικήν δραστηριότητα των λείων μυϊκών ινών του γαστρεντερικού. Κλινικώς έχει χρησιμοποιήθη δι' επιτάχυνσιν της κινήσεως του αλλικού περιεχομένου εις τό έγγύς καί μέσον έντερον. Η δράσις της επί της γαστρεντερικής κινητικότητος δέν μεταβάλλεται κατόπιν βαγοτομής. Χρησιμοποιείται υπό των Εύρωπαϊών καί Ιαπώνων επί παντός γαστρεντερικού συμπτώματος τό όποιον σχετίζεται πρός την κινητικότητα. Έχει δώση άριστα αποτελέσματα κατά την θεραπείαν της οίσοφαγίτιδος εκ παλινδρομήσεως καί ένίοτε επί γαστρικής στάσεως. Χορηγείται από του στόματος ή ένδομυϊκώς εις δόσιν 5-10 mg τρεις φορές ήμερησίως. Πρέπει νά σημειωθούν τά κάτωθι: α) αί ύψηλαί δόσεις metoclopramide αναστέλλουν την μηχανικήν δραστηριότητα των λείων μυϊκών ινών του γαστρεντερικού, ένω χαμηλαί δόσεις την διεγείρουν. β) Αυξάνει την γαστρικήν κινητικότητα καί επιταχύνει την κένωσιν του στομάχου επί προηγηθείσης βαγοτομής ή γαστρεκτομής μέχρις ενός βαθμού. γ) Φαίνεται ότι έχει μικράν επίδρασιν εις την πρώϊμον γαστρικήν στάσιν μετά βαγοτομήν εκτός καί εάν συνδυασθή μέ bethanecol. δ) Δέν πρέπει νά χορηγείται από του στόματος επί παρετικού στομάχου (K. Schulze - Delrieu 1979). Όπωςδήποτε είναι φάρμακον έκλογής επί έμφανίσεως του μετεγχειρητικού συνδρόμου της επιβραδυνομένης κενώσεως του γαστρικού κολοβώματος μετά βαγοτομήν, άντρεκτομήν καί Roux-Y.

δ) Η όλική παρεντερική σίτισις αναστέλλουσα έν μέρος την έκκρισιν των πεπτικών υγρών, έχει χρησιμοποιήθη διά την θεραπείαν του συνδρόμου. Η συμβολή της είναι άσφαλώς μεγάλη κατά την προεγχειρητικήν περίοδον επί άσθενών μέ εκσεσημασμένην άπώλειαν βάρους, ύπολευκωματαιμίαν καί εκτεταμέναν εις βάθος άλλοιώσεις του βλεννογόνου του στομάχου ή του οίσοφάγου, μετεγχειρητικώς δέ επί άδυναμίας κενώσεως του γαστρικού κολοβώματος.

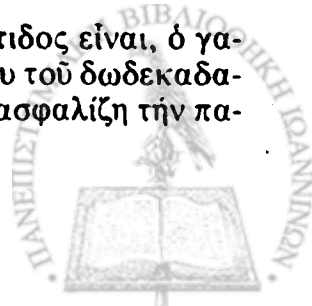
ε) Η εξέτασις καί κατάλληλος άντιμετώπισις ώρισμένων τουλάχιστον εκ των άσθενών υπό του ψυχιάτρου δέν δύναται νά παραληφθῇ. Άγχώδεις ή νευρωτικοί άσθενείς είναι δυνατόν νά έμφανίζουν άνάλογα ένοχλήματα ή νά μεγιστοποιούν πραγματικώς ύπάρχοντα. Η ψυχοθεραπεία προσφέρει εις τάς περιπτώσεις αυτές μεγίστην βοήθειαν.

Αν καί, ως προελέχθη, ή συντηρητική θεραπεία πάντοτε άποτυγχάνει, πρέπει νά εφαρμόζεται επί μακρόν πρό της έγχειρήσεως. Χρονικόν διάστημα 6-18 μηνών πρέπει νά παρέρχεται από της ήμέρας της όρθής διαγνώσεως μέχρι της έπεμβάσεως, υπό συνεχῇ όρθήν συντηρητικήν θεραπείαν. Τοϋτο συμβάλλει:

- α) Εις την επιβεβαίωσιν της κλινικής διαγνώσεως.
- β) Εις την διαφορικήν διάγνωσιν του συνδρόμου εκ των άλλων μετά έπεμβάσεις επί του στομάχου ή των χοληφόρων συνδρόμων.
- γ) Εις την άποδοχήν υπό των άσθενών της έγχειρήσεως ως μόνου θεραπευτικού τρόπου.
- δ) Εις την ένίσχυσιν της έμπιστοσύνης του άσθενούς, πρός τόν χειρουργόν.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στόχος της χειρουργικής θεραπείας της άλκαλικής γαστρίτιδος είναι, ό γαστρικός βλεννογόνο νά μήν διαβρέχεται υπό του περιεχομένου του δωδεκαδακτύλου. Τοϋτο επιτυγχάνεται όταν ή εφαρμοζομένη μέθοδος εξασφαλίξη την πα-



ροχέτευσιν τῆς χολῆς καὶ τοῦ παγκρεατικοῦ ὑγροῦ εἰς σημεῖον τῆς νήστιδος μακρὰν τοῦ στόμαχου, οὕτως ὥστε νὰ ἀποκλείεται ἡ παλινδρόμησις των πρὸς αὐτόν.

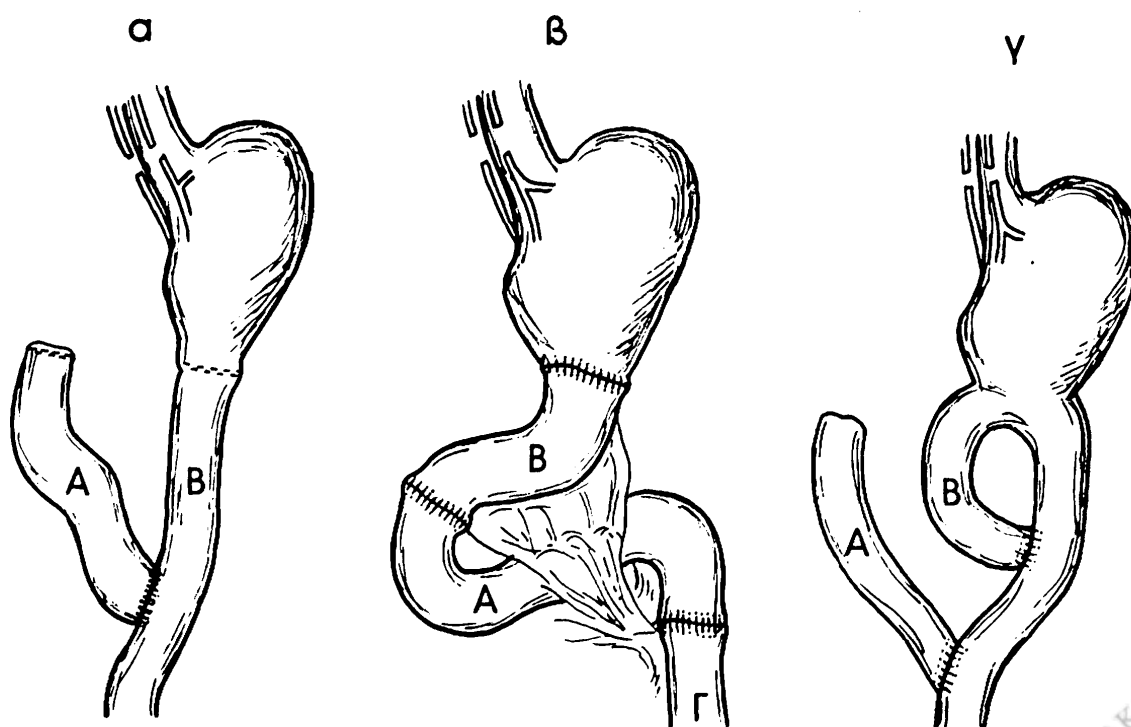
Ἡ μετατροπὴ τῆς Billroth II εἰς Billroth I ἐπὶ γαστρεκτομῆς (Griffiths et al 1974) ἢ ἡ σύγκλεισις τῆς ἀναστομώσεως ἐπὶ προηγηθείσης στελεχιαίας βαγοτομῆς καὶ γαστρεντεροαναστομώσεως καὶ ἡ ἐκτέλεσις ἀντ' αὐτῆς ἐνός τύπου πυλωρωπλαστικῆς (Alexin et al 1970), μέθοδοι αἱ ὁποῖαι εὐρέως ἐχρησιμοποιήθησαν κατὰ τὸ παρελθόν, ἐγκατελείφθησαν διότι ὀλίγα προσέφερον.

Ἡ παράθεσις τμήματος νήστιδος ἰσοπερισταλτικῶς μεταξύ τοῦ ἐκταμέντος στόμαχου καὶ τοῦ δωδεκαδακτύλου κατὰ τὴν τεχνικὴν Henley ὡσαύτως ἐχρησιμοποιήθη (Alexander Williams 1973, Herrington et al 1974, Bushkin and Woodward 1976). Αὕτη τείνει νὰ ἐγκαταλειφθῇ, ἀφ' ἐνός διότι δέν ἐξασφαλίζει ὀλοσχερῶς τὴν ἀποφυγὴν τῆς παλινδρομήσεως τοῦ περιεχομένου τοῦ δωδεκαδακτύλου πρὸς τὸν στόμαχον (οἱ Bushkin καὶ Woodward τὸ 1976 ἀνεκοίνωσαν 69% ἱκανοποιητικὰ ἀποτελέσματα) καὶ ἀφ' ἑτέρου διότι ἡ ἐκτέλεσίς της ἐμφανίζει τεχνικὰς δυσκολίας καὶ ἀπαιτεῖ πλήρη τεχνικὴν κατάρτισιν καὶ μεγίστην χειρουργικὴν ἐμπειρίαν.

Ἡ κατὰ Tanner 19 ἀναστόμωσις (Tanner 1960) ἀποτελεῖ τροποποίησιν τῆς κατὰ Roux-Y ἀναστομώσεως. (σχῆμα 8). Ἡ τελευταία ἀποτελεῖ σήμερον μέθodon ἐκλογῆς, καθ' ὅτι εἶναι ἀπλὴ εἰς τὴν ἐκτέλεσιν καὶ ἐξασφαλίζει τὸ ἐπιθυμητόν ἀποτέλεσμα. Πρέπει νὰ σημειωθῇ πάντως ὅτι καὶ ἡ μέθοδος Tanner 19 δέν ὑπολείπεται εἰς ἀποτελεσματικότητα, ἀλλ' οὔτε περιέχει τεχνικὰς δυσχερείας.

Ἡ ἀναστόμωσις κατὰ Roux-Y ἐφαρμόζεται σήμερον διὰ τὴν ἀντιμετώπισιν πάσης περιπτώσεως ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος. Οὕτω:

α) Ἐπὶ πρωτοπαθοῦς ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος ἢ γαστρίτιδος μετὰ χολοκυστεκτομῆς, ἐκτελεῖται στελεχιαία βαγοτομή, ἀντρεκτομή καὶ ἀναστόμωσις τύπου Roux-Y.



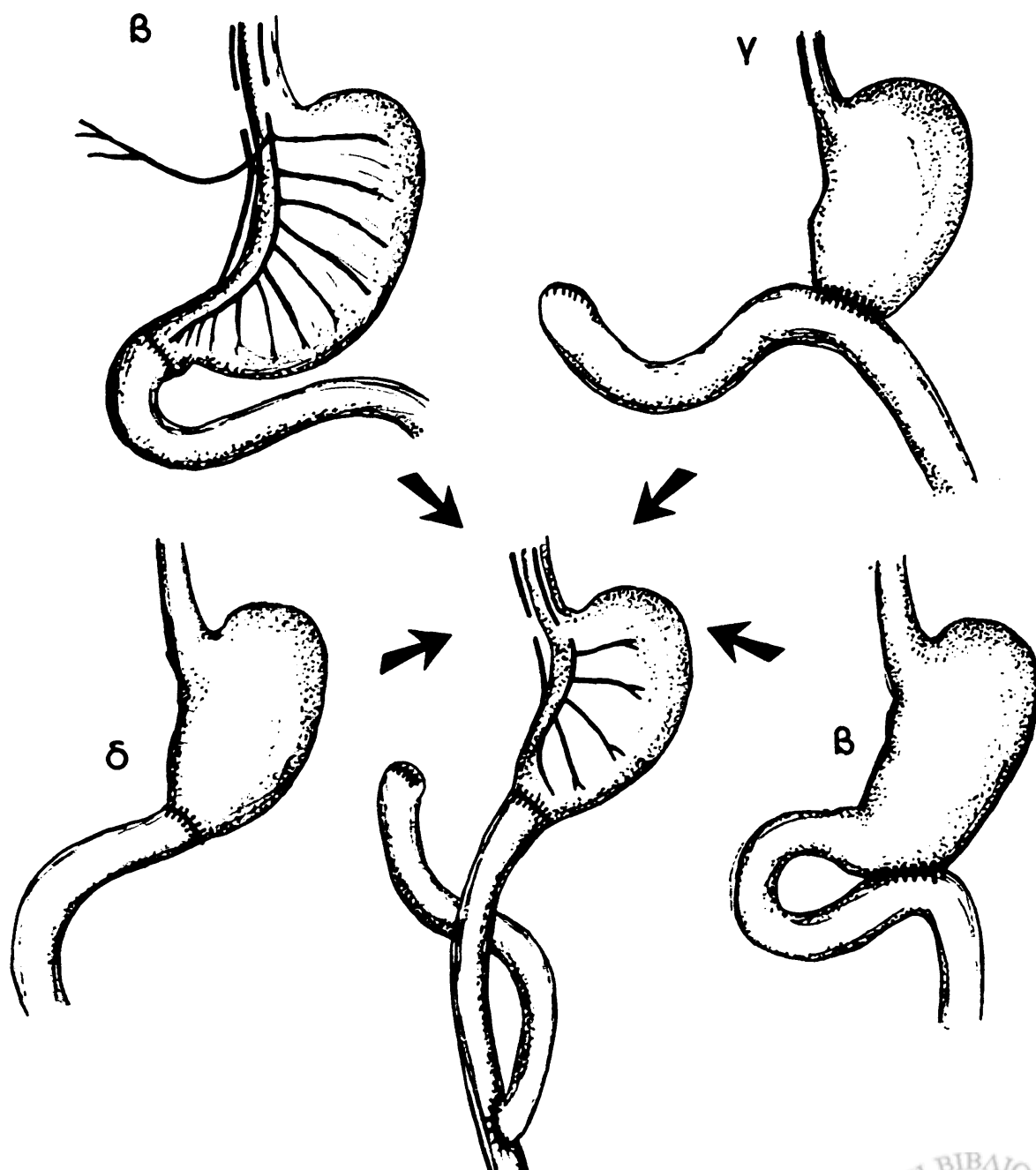
ΣΧΗΜΑ 8. Αἱ μέθοδοι: α) Roux-Y β) Henley γ) Tanner-19 σχηματικῶς.



β) 'Επί προηγηθείσης στελεχιαίας βαγοτομῆς καὶ γαστροεντεροαναστομώσεως ἢ πυλωρωπλαστικῆς ἐκτελεῖται ἀντρεκτομή καὶ ἀναστόμωσις τύπου Roux-Y.

γ) 'Επί προϋπαρχούσης γαστρεκτομῆς καὶ ἀναστομώσεως τύπου Billroth II ἐκτελεῖται στελεχιαία βαγοτομή, ἢ προσιούσα ἐλιξ διαιρεῖται πλησίον τῆς ἀναστομώσεως καὶ ἀναστομοῦται μετὰ τῆς ἀπιούσης εἰς ἀπόστασιν 40-60 ἐκτ., τό δέ ἐναπομένον ἐπὶ τοῦ στομάχου ἀνοικτὸν κολόβωμα τῆς προσιούσης συγκλείεται.

δ) 'Επί προϋπαρχούσης τέλους γαστρεκτομῆς καὶ ἀναστομώσεως τύπου Billroth I, ἐκτελεῖται στελεχιαία βαγοτομή, ἢ ἀναστόμωσις λύεται, τό κολόβωμα τοῦ δωδεκαδακτύλου συγκλείεται καὶ ἡ ἐπέμβασις τελειοῦται δι' ἐκτελέσεως ἀναστομώσεως τύπου Roux-Y (σχῆμα 9).



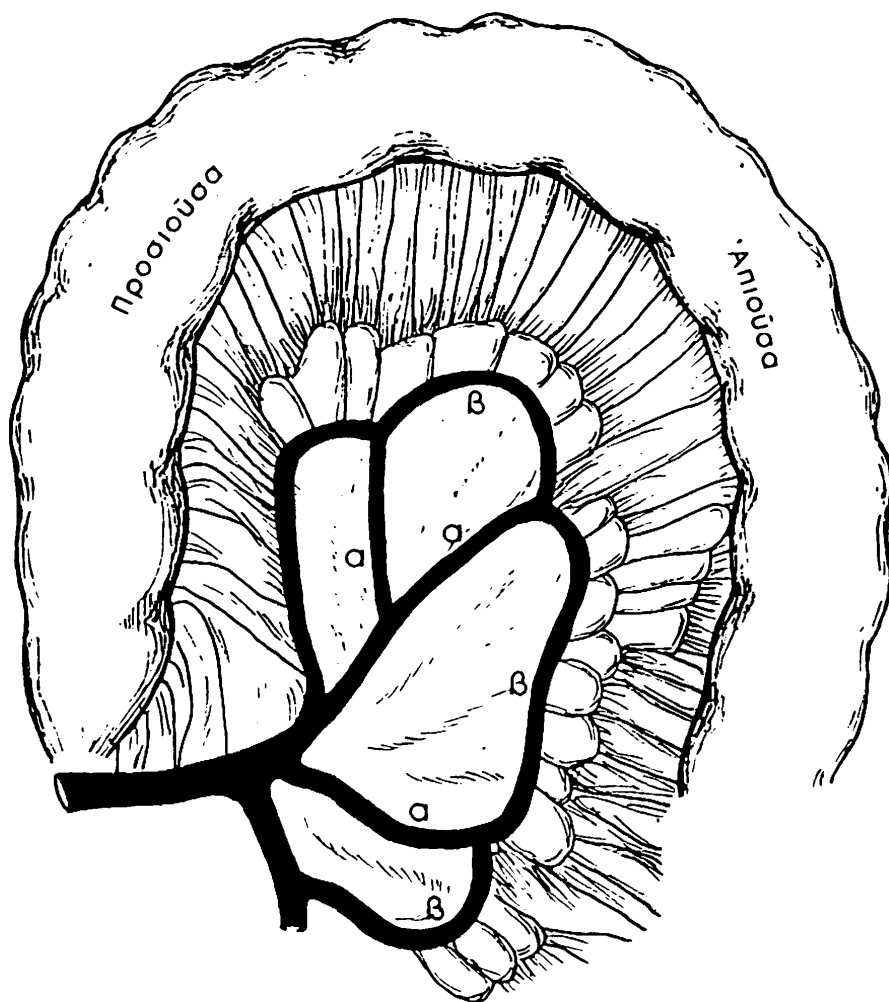
ΣΧΗΜΑ 9. Ἡ ἐκτέλεσις Roux-Y ἐπὶ ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος συνεπείᾳ ἐπεμβάσεων ἐπὶ τοῦ στομάχου.

Τεχνική τῆς παρασκευῆς τῆς ἑλικὸς Roux-Y καὶ τῆς ἐκτελέσεως τῶν ἀναστομώσεων, εἰς τὴν ἡμετέραν κλινικὴν.

1. Στοιχεῖα ἀνατομικῆς

Τό λεπτόν ἔντερον ἀγγειοῦται ὑπὸ κλάδων τῆς γαστροδωδεκαδακτυλικῆς καὶ τῆς ἄνω μεσεντερίου ἀρτηρίας, νευροῦται δέ ἐκ τοῦ ἄνω μεσεντερίου πλέγματος. Οἱ κλάδοι τοῦ νευρικοῦ τούτου πλέγματος συμπαθητικοί καὶ παρασυμπαθητικοί ἐκ τοῦ πνευμονογαστρικοῦ φέρονται μετὰ τῶν κλάδων τῆς ἄνω μεσεντερίου ἀρτηρίας πρὸς τό ἔντερον. Αἱ φλέβες τοῦ λεπτοῦ ἔντερου συμβάλλουν εἰς τὴν ἄνω μεσεντέριον φλέβα ἢ ὁποία ἐκβάλει εἰς τὴν πυλαίαν. Αἱ ἀρτηρίαι ἐκφύονται ἐκ τῆς ἄνω μεσεντερίου ἀρτηρίας. Οἱ νηστιδικοὶ κλάδοι μετὰ τὴν ἐκφυσίν των, εἰς ἄλλοτε ἄλλην ἀπόστασιν, διακλαδίζονται καὶ ἀναστομοῦνται μεταξύ των, σχηματίζοντες μίαν συνήθως ἀψίδα (ἀγγειακόν τόξον) ἐκ τῆς ὁποίας ἐκπορεύονται μακροὶ καὶ σχετικῶς ἀραιοὶ κλάδοι οἱ ὁποῖοι φέρονται πρὸς τό ἐντερικόν τοίχωμα. (σχῆμα 10). Ὁ εἰλεὸς δέχεται πολυαριθμοτέρους καὶ βραχυτέρους τελικοὺς κλάδους, οἱ ὁποῖοι ἐκφύονται ἐκ τριῶν ἢ περισσοτέρων ἀψίδων.

Ἄπαντα τὰ ὡς ἄνω στοιχεῖα περιβάλλονται ὑπὸ κυτταρολιπώδους ἰστοῦ καὶ ἐπικαλύπτονται ὑπὸ τῶν δύο πετάλων τοῦ μεσεντερίου.

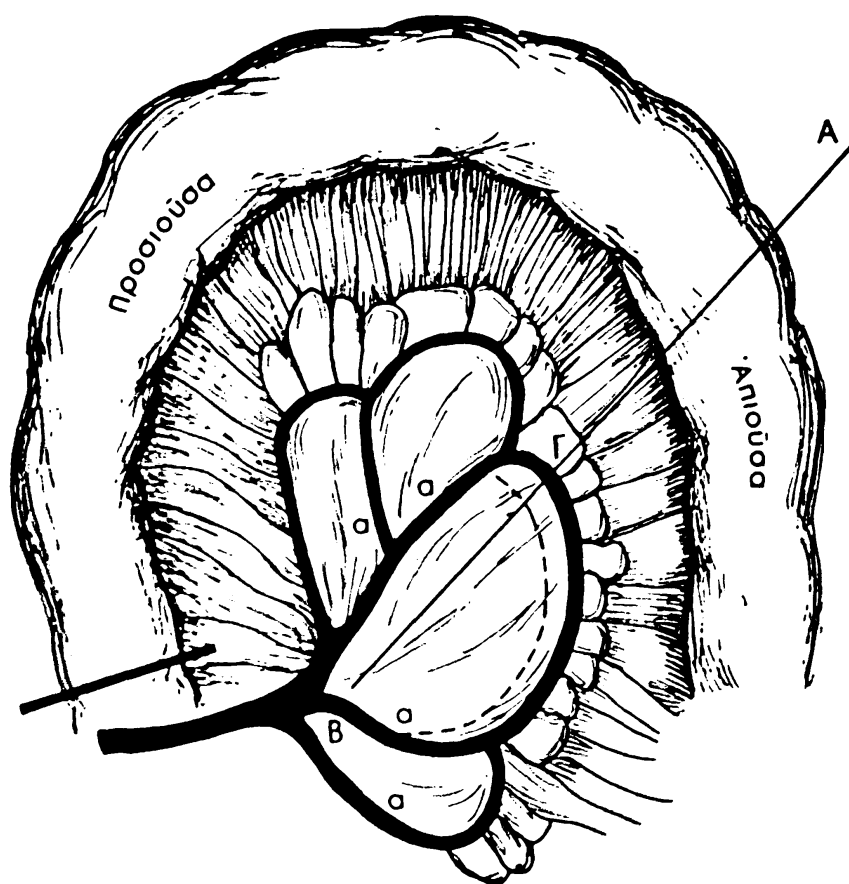


Σχῆμα 10. Διάταξις τῶν ἀγγείων κατὰ τὴν πρώτην μοῖραν τῆς νήστιδος
α.α.α. νηστιδικοὶ κλάδοι β.β.β. ἀγγειακόν τόξον



2. Ἡ τεχνική τῆς παρασκευῆς τῆς ἑλικος. (σχῆμα 11)

Τό πρῶτον τμήμα τῆς νήστιδος καί εἰς ἀπόστασιν 12 – 15 ἑκατ. περίπου ἀπό τόν σύνδεσμον τοῦ Treitz συλλαμβάνεται διά τῶν δακτύλων καί ὑπό σχετικήν τάσιν καί ἰσχυρόν φωτισμόν τοῦ μεσεντερίου, καθορίζεται ἡ ἀνατομική διάταξις τῶν νηστιδικῶν ἀγγείων τῆς περιοχῆς. Κατ' αὐτόν τόν τρόπον ἀναζητοῦμεν τήν πλέον ἀνάγγειον περιοχὴν τοῦ μεσεντερίου, τῆς ὁποίας τά ὅρια καθορίζονται ὑπό τοῦ ἀγγειακοῦ τόξου καί δύο ἀρτηριακῶν νηστιδικῶν στελεχῶν. Τό μεσεντέριον χαράσσεται παραλλήλως πρὸς τό ἀγγειακόν τόξον (στικτή γραμμὴ εἰς τό σχ. 11) καί ἐν συνεχείᾳ τό ἀγγεῖον διαιρεῖται καθέτως πρὸς τόν ἐπιμήκη ἄξονα τοῦ ἐντέρου εἰς τό σημεῖον ἐπιλογῆς πρὸς διαίρεσιν τῆς ἑλικος (Α σημεῖον διαιρέσεως ἐντέρου, Γ σημεῖον διαιρέσεως τοῦ ἀγγειακοῦ τόξου), χωρίς νά θυσιάζεται οὐδεὶς ἐκ τῶν κυρίων νηστιδικῶν κλάδων.



Σχῆμα 11.

Παρασκευὴ τῆς ἑλικος Roux κατὰ τὴν ἡμετέραν τεχνικὴν.

AB = νοητὴ γραμμὴ ἐκ τοῦ ἐπιλεγέντος σημείου διαιρέσεως τοῦ ἐντέρου μέχρι τῆς ρίζης τοῦ μεσεντερίου.

Γ = σημεῖον διαιρέσεως τοῦ ἀγγειακοῦ τόξου

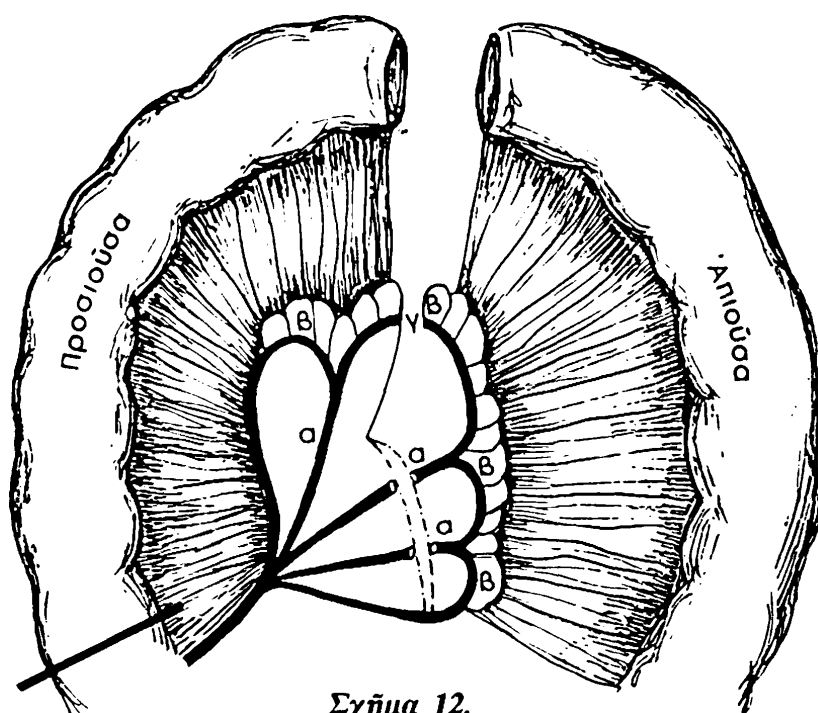
α-α-α = οἱ στελεχιαῖοι νηστιδικοὶ κλάδοι παραμένουν ἀνέπαφοι.

Ἡ στικτὴ γραμμὴ παριστᾷ τὴν διαίρεση τοῦ ἀνάγγειου τμήματος τοῦ μεσεντερίου.

Διὰ τῆς τεχνικῆς αὐτῆς εἶναι δυνατόν, εἰς τὰς περισσοτέρας τουλάχιστον τῶν περιπτώσεων, νά παρασκευάζεται ἐντερικὴ ἑλιξ μήκους ἱκανοῦ νά ἀναστομωθῇ μετὰ τοῦ κολοβώματος τοῦ στομάχου ἄνευ τάσεως. Εἰς τὰς ὀλίγας περιπτώ-

σεις πυκνῆς διατάξεως νηστιδικῶν ἀρτηριῶν ἢ πολὺ παχέος μεσεντερίου, εἶναι δυνατόν νά ἀπαιτηθῇ ἡ διαίρεσις ἑνός τῶν κυρίων νηστιδικῶν κλάδων. Πιστεύομεν ὅτι πρέπει νά καταβάλλεται προσπάθεια ἀποφυγῆς διαιρέσεως τῶν κλάδων αὐτῶν, καθ' ὅσον ἡ διαίρεσις των, ὀδηγεῖ εἰς μείωσιν τῆς αἱματικῆς ροῆς, μέ δυσaréστους λειτουργικὰς συνεπείας τῆς ἀπομονωθείσης ἑλικος, ὅπως ἔχει ἀποδειχθῇ εἰς σχετικὴν πειραματικὴν ἐργασίαν ἢ ὁποία ἀναφέρεται κατωτέρω.

Σχετικῶς θεωροῦμεν σκόπιμον νά τονίσωμεν, ὅτι ἡ παρασκευὴ τῆς ἑλικος δέν πρέπει νά ἀκολουθῇ τὴν τεχνικὴν Allison ὅπως ἐφαρμόζεται εἰς τὰς περιπτώσεις οἰσοφαγοπλαστικῆς διὰ λεπτοῦ ἐντέρου ἢ κατόπιν ὀλικῆς γαστρεκτομῆς (Allison and I. Tavares da Silva 1953 – 54), καί τοῦτο διότι δέν ἀπαιτεῖται συνήθως πολὺ μακρά ἑλιξ πρὸς ἀναστόμωσιν μετὰ τοῦ κολοβώματος τοῦ στομάχου καί δεύτερον διότι, τυχόν διαίρεσις νηστιδικῶν ἀρτηριακῶν στελεχῶν (σχῆμα 12), δυνατόν νά ὀδηγήσῃ εἰς τὸ δυσάρεστον σύνδρομον δυσλειτουργίας τῆς ἑλικος. Τό γεγονός αὐτό νομίζομεν ὅτι πρέπει νά τονισθῇ ἰδιαιτέρως.

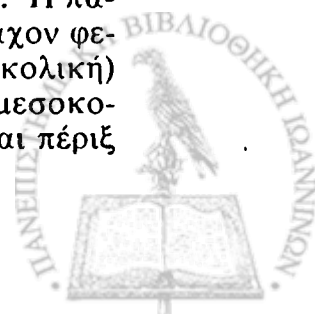


Σχῆμα 12.

Παρασκευὴ τῆς ἑλικος Roux δι' ἀπολινώσεως - διαιρέσεως νηστιδικῶν κλάδων. Τό ἀγγειακόν τόξον διαιρεῖται μόνον εἰς ἓν σημεῖον (γ) ἀντίστοιχον τοῦ σημείου διαιρέσεως τοῦ ἐντέρου (α = νηστιδικοὶ κλάδοι, β = ἀγγειακόν τόξον).

3. Ἀναστόμωσις τοῦ κολοβώματος τοῦ στομάχου μετὰ τῆς ἑλικος Roux.

Μετὰ τὴν ἐκτέλεσιν στελεχιαίας βαγοτομῆς, ἀντρεκτομῆς καί τὴν σύγκλεισιν τοῦ κολοβώματος τοῦ δωδεκαδακτύλου, τὸ κολόβωμα τοῦ στομάχου συγκλείεται κατὰ τὸ ἥμισυ, τὸ εὗρισκόμενον πρὸς τὸ ἔλασσον τόξον, εἰς δύο στρώματα. Παραμένει οὕτω ἄνοιγμα ἱκανόν πρὸς ἀναστόμωσιν μετὰ τῆς ἑλικος Roux. Τὸ ἄνοιγμα τοῦτο ὑπολογίζεται ἴσον πρὸς τὸ εὖρος τῆς νήστιδος. Ἡ παρασκευασθεῖσα ἑλιξ Roux, δύναται νά συμπλησιασθῇ πρὸς τὸν στόμαχον φερομένη, κατὰ προτίμησιν, ἔμπροσθεν τοῦ ἐγκαρσίου κόλου (ἐμπροσθοκολική) ἢ δι' ἄνοιγματος τοῦ ἐγκαρσίου μεσοκόλου (διαμεσοκολική). Ἐπὶ διαμεσοκολικῆς ἀναστομώσεως τὸ χάσμα τοῦ ἐγκαρσίου μεσοκόλου συγκλείεται περίξ



της έλικος, ή όποία καθηλοΰται επί τοϋ μεσοκόλου διά μιᾶς ή δύο ραφῶν. Ίδιαιτέρα πρόνοια λαμβάνεται πρός άποφυγήν συμπίεσεως τῶν άγγείων της έλικος, ή όποία συνεπάγεται μειωμένην αίμάτωσιν ή συνηθέστερον φλεβικήν στάσιν.

Ή άναστόμωσις τοϋ κολοβώματος τοϋ στομάχου μετά της έλικος Roux, δυνατόν νά είναι τελικοτελική ή τελικοπλαγία. Επί έκτελέσεως τελικοπλαγίας άναστομώσεως τό έλεύθερον άκρον της έλικος συγκλείεται. Ή άναστόμωσις έκτελεΐται επί τοϋ άντιμεσεντερικοϋ χειλούς της νήστιδος, πλησίον τοϋ κλειστοϋ αϋτης άκρου εις δύο στρώματα ώς καί επί τελικοτελικής. Προσοχή επιβάλλεται, ώστε νά μήν παραμένη μακρόν έλεύθερον τμήμα νήστιδος ώς τυφλή έλιξ, άλλ' οϋτε τό είστραφέν χείλος αϋτης κατά τήν σύγκλεισιν νά προπίπτη έντός της άναστομώσεως. Ή τελικοπλαγία άναστόμωσις προτιμάται ύφ' ήμῶν, διότι φαίνεται νά λειτουργή καλλίτερον της τελικοτελικής. Τοϋτο δέ διότι παρά τήν διατήρησιν ὄλων τῶν νηστιδικῶν κλάδων τά πρώτα 2 - 3 έκατ. της έλικος ύφίστανται ισχαιμίαν. Τό μικρόν τοϋτο τμήμα της έλικος κατά τήν τελικοπλαγίαν άναστόμωσιν αναλίσκεται διά τήν σύγκλεισιν τοϋ ανοίγματος αϋτης καί δέν έπηρεάζει τήν λειτουργίαν της.

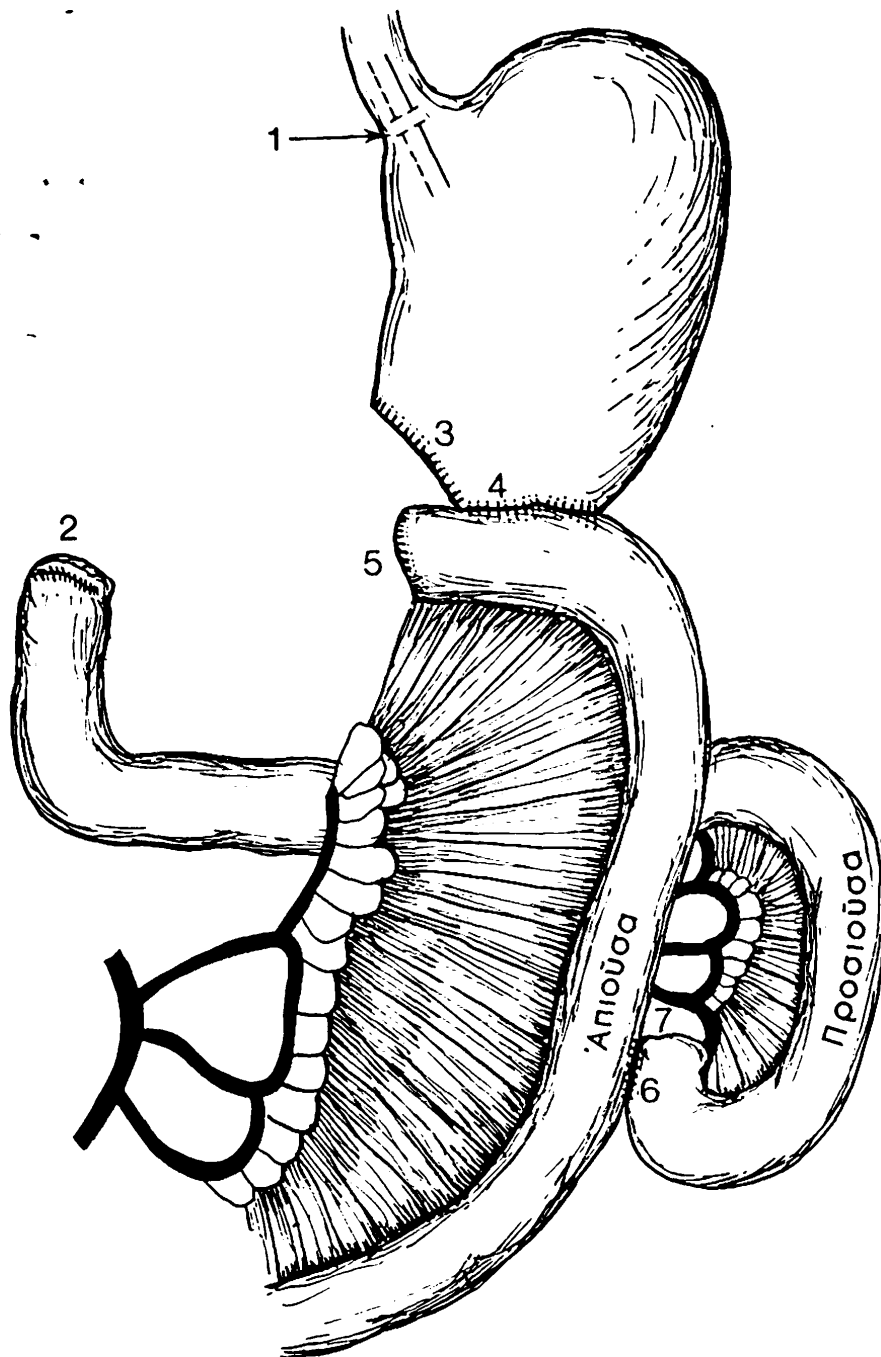
4. Άναστόμωσις της προσιούσης έλικος μετά της άπιούσης.

Πρώτον μέλημα, πρό της έκτελέσεως της άναστομώσεως, είναι ὁ καθορισμός της άποστάσεως της θέσεως αϋτης άπό τήν γαστρεντεροάναστόμωσιν. Κατά τούς διαφόρους συγγραφείς ή άπόστασις κυμαίνεται μεταξύ 25 καί 75 έκατ. (Drapands 1974, Van Heerden 1975, Bushkin and Woodward 1976, Herrington 1976). Κατά κοινήν όμολογίαν καί κατόπιν κλινικῶν καί ένδοσκοπικῶν παρατηρήσεων, ή άποφυγή παλινδρομήσεως περιεχομένου τοϋ δωδεκαδακτύλου πρός τό κολόβωμα τοϋ στομάχου επιτυγχάνεται, όταν ή άναστόμωσις τοποθετεΐται εις άπόστασιν 50 - 60 έκατ. άπό τήν γαστρεντεροάναστόμωσιν (Bartlett and Burrington 1968). Ή προσιούσα, ήτοι τό συνεχόμενον μετά τοϋ δωδεκαδακτύλου μικρόν τμήμα νήστιδος, φέρεται άριστερά (ώς άριστερόν χαρακτηρίζεται τό κείμενον άριστερά τοϋ άσθενούς) της έλικος Roux καί έκτελεΐται τελικοπλαγία άναστόμωσις έν είδει T, ή ίσοπερισταλτική ή άνισοπερισταλτική πλαγιοπλαγία, ή όποία ύφ' ήμῶν προτιμάται, διότι μετά τήν τελειώσιν της, παρατηρεΐται τελείως άβίαστος άνατομική άντιπαράθεσις έλικῶν καί μεσεντερίου, άνευ οϋδεμιᾶς τάσεως, συστροφής ή έλξεως (σχήμα 13). Τό εύρος της άναστομώσεως είναι μικρόν, διαμέτρου 1 έκατ. περίπου, καθ' ὅτι τό δι' αϋτης διερχόμενον έντερικόν περιεχόμενον είναι υγρόν, αποτελούμενον έκ χολής καί παγκρεατικῶν έκκρίσεων. Μετά τήν έκτέλεσιν της άναστομώσεως τό έλεύθερον χείλος τοϋ μεσεντερίου της προσιούσης έλικος, συρράπτεται εις τό άριστερόν τοϋ μεσεντερίου της έλικος Roux, πρός σύγκλεισιν τοϋ ύπάρχοντος χάσματος καί άποφυγήν έσωτερικῶν κηλῶν.

Τά άποτελέσματα έκ της έφαρμογής της μεθόδου χαρακτηρίζονται ως ίκανοποιητικά καί εις ποσοστόν 75 - 95% (Bushkin and Woodward 1976). Οί άσθενεΐς άπαλλάσσονται έκ τοϋ άλγους καί τῶν χολωδῶν έμέτων άμέσως. Τό άπωλεσθέν βάρος άποκαθίσταται. Ένδοσκοπήσις μετά τήν επέμβασιν επιβεβαιώνει τήν άπουσίαν χολής έκ τοϋ στομάχου, έφ' ὅσον ή άναστόμωσις έγένετο εις άπόστασιν 50 - 60 έκατ. άπό τήν γαστρεντεροάναστόμωσιν. Αί άλλοιώσεις τοϋ βλεννογόνου τοϋ στομάχου, αί ὁραταί διά τοϋ ένδοσκοπίου άποκαθίσταται, ή ίκανότης του δέ νά άνανύπτη μετά τήν έκτροπήν της χολής καί επί πλήρους είσέτι άχλωρυδρίας είναι βεβαία (Capper et all 1967).

Ή μέθοδος, ως περιεγράφη, έφηρημόσθη ύφ' ήμῶν καί έδωσεν λίαν ίκανοποιητικά άποτελέσματα. Είναι εύκολος τεχνικῶς καί πλήρως άπηλλαγμένη τῶν έπιπλοκῶν, ίδιά της δυσλειτουργίας της έλικος (εϊκῶν 2) καί τοϋ σχηματισμοϋ πιλημάτων.





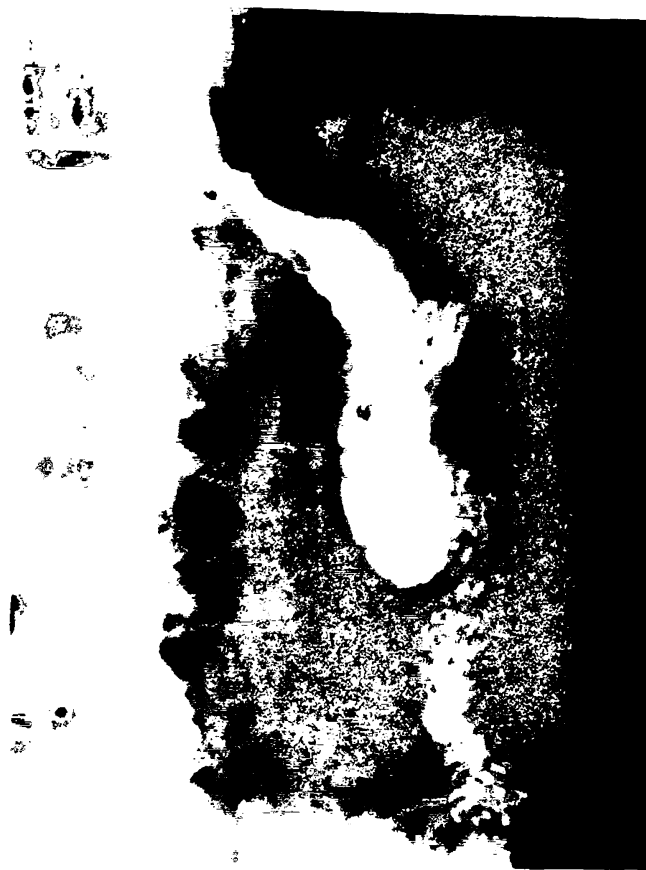
Σχήμα 13.

Τελική μορφή της έγχειρήσεως κατά την ήμετέραν τεχνικήν.

1. Διατομή πνευμονογαστρικών
2. Συγκλεισθέν 12/λον
3. Συγκλεισθέν τμήμα ελάσσονος τόξου στομάχου
4. Τελικοπλαγία αναστόμωσις στομάχου προς έλικα Roux.
5. Συγκλεισθέν άκρον άπιούσης έλικος
6. Πλαγιοπλαγία αντιπερισταλτική αναστόμωσις προσιούσης προς άπιούσα
7. Συγκλεισθέν άνοιγμα προσιούσης

Τό μήκος της άπιούσης από την γαστροεντεροαναστόμωσιν (4) μέχρι την πλαγιοπλαγίαν άν. (6) είναι 60 έκατ. περίπου





ΕΙΚΩΝ 2. Καλώς λειτουργούσα Έλιξ Roux. Ή παρασκευή ἐγένετο κατὰ τὴν ἡμετέραν τεχνικὴν.

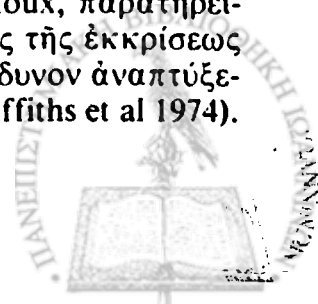
Ἐπιπλοκαί

Αἱ ἄμεσαι ἢ ἀπώτεραι ἐπιπλοκαί αἱ ὁποῖαι εἶναι δυνατόν νά ἐμφανισθοῦν κατόπιν ἐκτελέσεως πάσης χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως, παρατηροῦνται καί κατὰ τὴν ἐφαρμογὴν τῆς περιγραφείσης μεθόδου διὰ τὴν ἀντιμετώπισιν τῆς ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος. Ἐνταῦθα περιγράφονται ἐπιπλοκαί ὀφειλόμεναι εἰς ἀτελῆ ἐπέμβασιν, τεχνικὰς δυσχερείας ἢ ἀδυναμίας τῆς μεθόδου, ὡς καί οἱ τρόποι ἀντιμετωπίσεώς των. Αἱ ἐπιπλοκαί αὗται εἶναι:

- α) Τό ἔλκος ἀναστομώσεως.
- β) Ὁ ὑψηλός μηχανικός εἰλεός.
- γ) Ἡ δημιουργία πιλήματος ἐντός τοῦ κολοβώματος τοῦ στομάχου.
- δ) Ἡ ἐπιβράδυνσις τῆς κενώσεως τοῦ γαστρικοῦ κολοβώματος.

α) Ἐλκος ἀναστομώσεως (γαστρεντεροαναστομώσεως).

Ἡ διενέργεια ἀναστομώσεως κατὰ Roux, διὰ τὴν θεραπείαν τῆς ἀλκαλικῆς γαστρίτιδας, πρέπει νά συνοδεύεται κατὰ κανόνα καί ὑπὸ διαιρέσεως τῶν πνευμονογαστρικῶν νεύρων. Τοῦτο εἶναι ἀπολύτως ἀπαραίτητον, διότι εἶναι ἀποδεδειγμένον, ὅτι μετὰ τὴν διενέργειαν ἀναστομώσεως κατὰ Roux, παρατηρεῖται ὑποχώρησις τῆς ἀτροφικῆς γαστρίτιδος καί ἐπανεμφάνισις τῆς ἐκκρίσεως ὕδροχλωρικοῦ ὀξέος (Carrer et al 1967), μέ ηὐξημένον τόν κίνδυνον ἀναπτύξεως ἀναστομωτικοῦ ἔλκους (T. Kennedy and R. Green 1978, Griffiths et al 1974).



β) Ὁ ὑψηλός μηχανικός εἰλεός.

Παρ' ὅλον ὅτι ὁ μηχανικός εἰλεός εἶναι δυνατόν νά ἀποτελῇ ἐπιπλοκὴν πάσης χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως, ἐν τούτοις ἡ ἀναστόμωσις κατὰ Roux προδιαθέτει εἰς τὴν ἐμφάνισιν εἰδικῶν περιπτώσεων ὑψηλοῦ μηχανικοῦ εἰλεοῦ, ὅταν δέν ληφθοῦν ὑπ' ὄψιν ὠρισμένοι τεχνικαί λεπτομέρειαι. Οὕτω:

I) Ἡ μακρά προσιοῦσα ἔλιξ δυνατόν νά προκαλέσῃ συστροφὴν τῆς ἀπιούσης καὶ ἀπόφραξιν.

II) Ἡ τέλεσις τῆς ἀναστομώσεως εἰς τὸ δεξιόν τῆς ἀπιούσης ἑλικος προκαλεῖ γωνιώδη κάμψιν αὐτῆς καὶ στάσιν.

III) Ἡ συμπλησίασις τῆς ἑλικος Roux πρὸς τὸν στόμαχον διὰ τοῦ ἐγκαρσίου μεσοκόλου συνεπάγεται πολλάκις πλημελῆ ἀρτηριακὴν αἱμάτωσιν, φλεβικὴν στάσιν ἢ ἐντερικὴν ἀπόφραξιν (εἰκὼν 3).

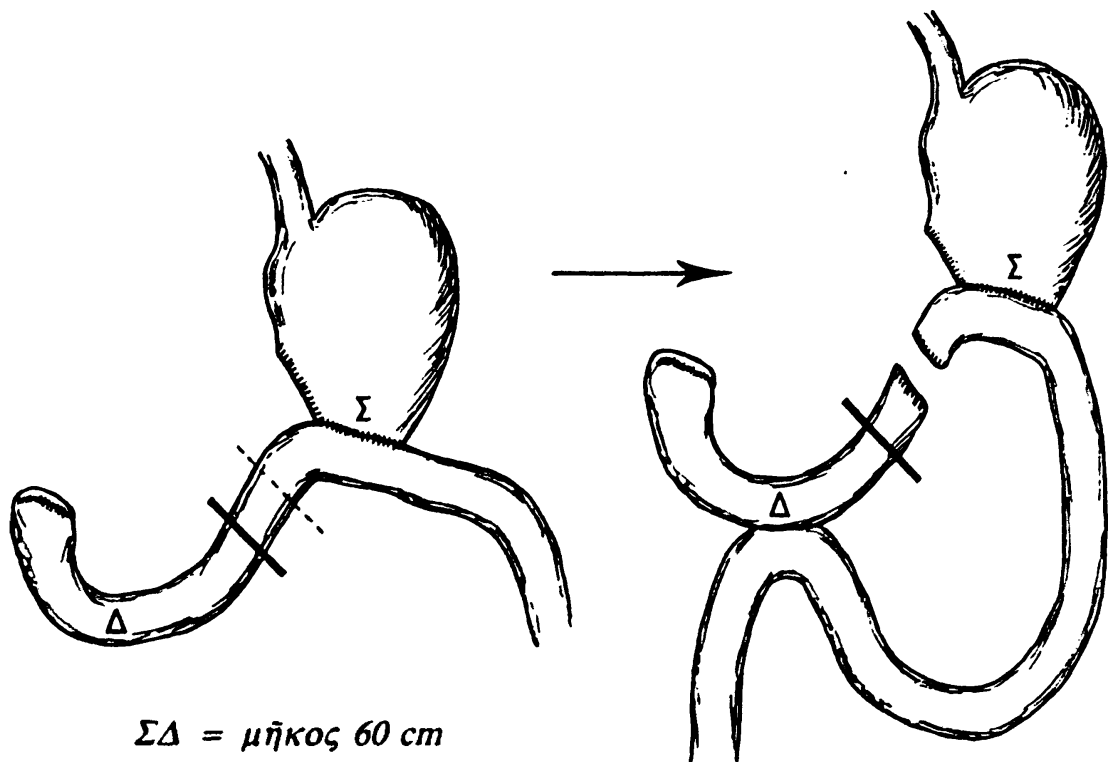


ΕΙΚΩΝ 3. Ὑψηλός μηχανικός εἰλεός λόγω πίεσεως τῆς ἑλικος Roux, ἐπὶ διαμεσοκολικῆς ἀναστομώσεως

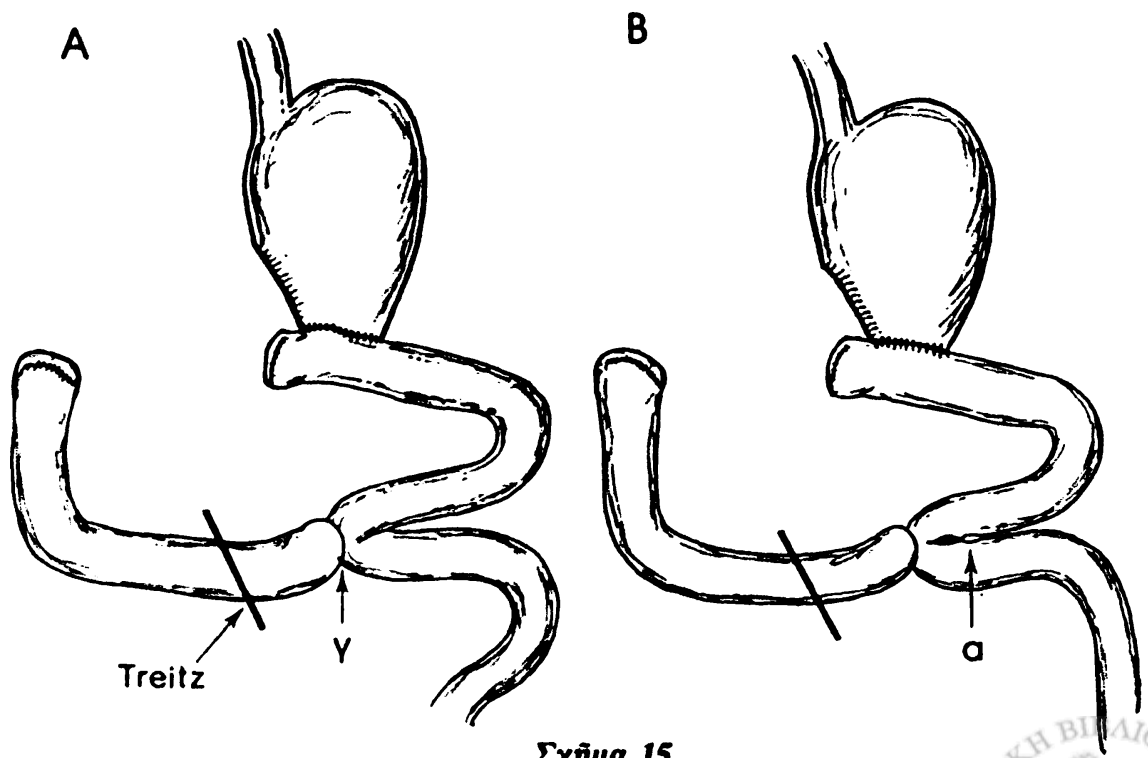
IV) Τέλος ἡ βραχεῖα προσιοῦσα, ἰδίᾳ ἐπὶ περιπτώσεων προηγηθείσης γαστρεκτομῆς καὶ ἀναστομώσεως τύπου Billroth II, εἶναι δυνατόν νά ὀδηγήσῃ εἰς τὴν συνολικὴν τῆς ἐντεροεντερο-ἀναστομώσεως ὀπισθεν τῶν ἄνω μεσεντερειῶν ἀγγείων καὶ οὕτω νά προκληθῇ ὀξεῖα γωνιώδης κάμψις καὶ ἐμφάνισις ὑψηλῆς ἐντερικῆς ἀποφράξεως. Διὰ τὴν πρόληψιν αὐτῆς τῆς εἰδικῆς περιπτώσεως προτείνομεν ὅπως, μετὰ τὴν διαίρεσιν τῆς προσιούσης συρράπτονται τὰ δύο κολοβώματα καὶ ἐν συνεχείᾳ νά ἐκτελεῖται ἀναστόμωσις πλαγιοπλαγία, κατόπιν διανοίξεως τοῦ ἐγκαρσίου μεσοκόλου, μεταξύ ἀπιούσης καὶ τρίτης μοίρας τοῦ 12/λου, ὅπως εἰς τὸ σχῆμα 14. (Ὡς εἰς τὴν 14ην ἐκ τῶν ἡμετέρων περιπτώσε-



ων). Εάν ή άνωτέρω τεχνική δέν εφαρμοσθῇ καί μετεγχειρητικώς έμφανισθῇ έντερική απόφραξις αυτού του τύπου, όπως είς μίαν έκ τών ήμετέρων περιπτώσεων (10η), προτείνομεν τήν εκτέλεσιν πλαγιοπλαγίας άναστομώσεως μεταξύ ενός σημείου τής άπιούσης πρό τής έντεροέντεροάναστομώσεως μεθ' ενός σημείου έπομένου αυτής (σχῆμα 15).



Σχῆμα 14. Τρόπος άντιμετωπίσεως του βραχέος κολοβώματος τής προσιούσης.



Σχῆμα 15.

Η γωνιώδης κάμψις (Α, γ) παρακάμπτεται διά πλαγιοπλαγίας άναστομώσεως (Β, α).



γ) Ὁ σχηματισμός πιλήματος.

Ἡ δευτέρα-κατά σειράν συχνότητος παρατηρούμενη ἐπιπλοκή εἶναι ὁ σχηματισμός πιλήματος ἐντός τοῦ κολοβώματος τοῦ στομάχου. Οἱ Clark Boren καί Lawrence Way. 1980, ἀναβιβάζουν τό ποσοστόν εἰς 20% τῶν ὑποβαλλομένων εἰς χειρουργικὴν θεραπείαν καί ἐφαρμογὴν τῆς μεθόδου κατὰ τὴν κλασσικὴν τεχνικὴν. Τὰ πιλήματα δημιουργοῦνται πρωῒμως ἢ μετὰ παρέλευσιν ἐτῶν. Ἐκτός τῶν διαιτητικῶν συνηθειῶν τῶν ἀσθενῶν, κατὰ τὴν γνώμην μας, ὁ σχηματισμός πιλήματος ὀφείλεται εἰς στάσιν τῶν τροφῶν ἐντός τοῦ κολοβώματος τοῦ στομάχου, λόγω ἀδυναμίας προωθήσεως αὐτῶν ἐπὶ δυσλειτουργίας τῆς ἀπιούσης ἑλικος (εἰκὼν 4). Οὐδέποτε παρατηρήθη πῖλημα κατὰ τὴν ἐφαρμογὴν τῆς τροποποιηθείσης ὑφ' ἡμῶν τεχνικῆς, ἐνῶ ἀντιμετωπίσαμεν τοῦτο δῖς, ἐπὶ ἐφαρμογῆς τῆς μεθόδου κατὰ τὴν κλασσικὴν, τεχνικὴν.



ΕΙΚΩΝ 4. Σχηματισμός πιλήματος ἐντός τοῦ κολοβώματος τοῦ στομάχου. Ἡ παρασκευὴ τῆς ἑλικος Roux ἐγένετο κατὰ τὴν κλασσικὴν τεχνικὴν.

δ) Ἡ Ἐπιβράδυνσις τῆς κενώσεως τοῦ κολοβώματος τοῦ στομάχου.

Εἶναι σύμψαμα τό ὅποιον παρατηρεῖται τὰς πρώτας μετεγχειρητικὰς ἡμέρας. Γίνεται ἀντιληπτὸν πρό τῆς ἀφαιρέσεως τοῦ ρινογαστρικοῦ σωλῆνος, ἀλλὰ συνήθως τὰς πρώτας μετὰ τὴν σίτισιν τοῦ ἀσθενοῦς ἡμέρας. Βάρος ἢ ἄλγος κατὰ τό ἐπιγάστριον, ἀναγωγαί ὑγρῶν ἢ τροφῶν καί ἔμετοι τροφώδεις ἄνευ προσμίξεως χολῆς εἶναι αἱ πρώται ἐκδηλώσεις. Πάντα ταῦτα ὀφείλονται εἰς τὴν ἀδυναμίαν προωθήσεως τῶν τροφῶν καί τῶν ἐκκρίσεων τοῦ στομάχου διὰ τῆς ἑλικος Roux, εἰς τό περιφερικόν ἔντερον. Παρατηρεῖται εἰς ποσοστόν 9 – 30% τῶν ἐπεμβάσεων κατὰ τὴν κλασσικὴν τεχνικὴν Roux (Andrew I. Warshaw 1979, Miranta et al 1980). Οὐδεὶς παρετήρησεν τοῦτο μετὰ ἐπέμβασιν κατὰ τὴν τεχνικὴν Tanner-19. (John I. Sawyers et al 1980). Ἀπεδόθη εἰς τὴν διατομὴν τῶν πνευμονογαστρικῶν ἢ τὴν ἄρσιν τοῦ ἐρεθισμοῦ τοῦ στομάχου ὑπὸ τοῦ δωδεκαδακτυλικοῦ περιεχομένου. Ἀντιμετωπίζεται συνήθως συντηρητικῶς δι' ὀλικῆς πα-



τερικής θρεψέως του ασθενούς, έπανατοποθετήσεως ρινογαστρικού σωλή-
ος και μετοκλοπραμίδης (Primperan amp 1 x 3), παρέρχεται δέ μετά 4-6 έβδο-
δας. (εικόν 5α,β,γ).

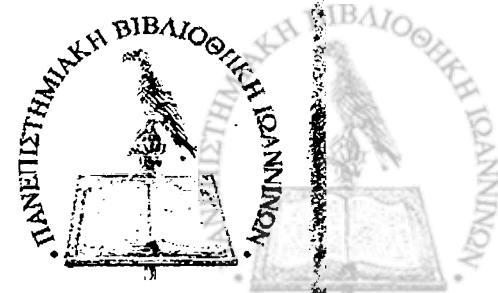


β



γ

ΕΙΚΟΝΕΣ 5α-β-γ. Έπιβράδυνση της κινώ-
σεως του κοιλώματος του στομάχου ή δυσ-
λειτουργία της Έλικος Roux. Πρόκειται πε-
ρί άκτινογραφιών του ίδιου άσθενούς ανά
χρονικά διαστήματα 10 ημερών.



Προσπάθεια χειρουργικής θεραπείας της όξινου οίσοφαγίτιδος διά στελεχιαίας βαγοτομής, άντρεκτομής καί Roux-Y κατά τήν κλασσικήν τεχνικήν εἰς εἰκοσιπέντε καί πλέον ασθενεῖς, μᾶς ἔδωσεν τήν εὐκαιρίαν νά ἀντιμετωπίσωμεν τό δυσάρεστον αὐτό μετεγχειρητικόν σύμβαμα εἰς τρεῖς ἐξ αὐτῶν. Ἡ μελέτη τοῦ προβλήματος ἐγέννησεν τήν σκέψιν ὅτι τοῦτο ὀφείλεται μᾶλλον εἰς «δυσλειτουργίαν τῆς ἑλικος Roux» καί ὄχι εἰς ἐπιβράδυνσιν τῆς κενώσεως τοῦ γαστρικοῦ κολοβώματος. Ἐκ τῆς ἀκτινοσκοπικῆς μελέτης τῶν ἀνωτέρω ἀσθενῶν καί κατά τήν διάρκειαν ἐπανεγχειρήσεως δύο ἐξ αὐτῶν, διεπιστώσαμεν μόνιμον σπασμόν τῆς ἀπομονωθείσης ἑλικος, ἰδίᾳ κατά τό πλησιέστερον πρὸς τόν στόμαχον τεταρτημόριον αὐτῆς, ὡς καί ἀπουσίαν περισταλτισμοῦ. Ἡ δυσλειτουργία τῆς ἑλικος παρατηρήθη ἐπὶ περιπτώσεων κατά τάς ὁποίας διά τήν παρασκευὴν ἑλικος ἱκανοῦ μήκους εἶχον διαιρεθῇ δύο ἢ περισσότεροι νηστιδικοὶ κλάδοι μεταξὺ τοῦ στελέχους τῆς ἄνω μεσεντερίου ἀρτηρίας καί τοῦ διχασμοῦ τῶν πρὸς σχηματισμόν τοῦ ἐπιχειλίου ἀγγειακοῦ τόξου. Ὡδηγήθημεν οὕτω εἰς τροποποιήσιν τῆς παρασκευῆς τῆς ἑλικος ἢ ὁποία καί περιγράφεται ἀνωτέρω. Ἡ ὀρθότης τῶν παρατηρήσεών μας, ὥθησεν ὁμάδα συνεργατῶν τῆς Γ' Χειρ/κῆς κλινικῆς (Μήλιος - Ζαμτράκης - Κολιάτσης) νά ἀναπαραγάγουν τό σύνδρομον ἐπὶ πειραματοζῶων. Ἐχρησιμοποιήθησαν πρὸς τοῦτο δώδεκα ἐν συνόλῳ πειραματόζωα (σκύλοι) τά ὁποῖα διηρέθησαν εἰς δύο ὁμάδας Α καί Β, ἀνά ἕξ. Εἰς τὰ τῆς ὁμάδος Α ἐγένετο παρασκευὴ τῆς ἑλικος, διά διαιρέσεως τοῦ ἐντέρου, τοῦ ἐπιχειλίου ἀγγειακοῦ τόξου καί τοῦ ἀνάγγειου τμήματος τοῦ μεσεντερίου ἄνευ ἀπολινώσεως νηστιδικοῦ ἀρτηριακοῦ στελέχους. Εἰς τὰ τῆς ὁμάδος Β ἐγένετο παρασκευὴ τῆς ἑλικος δι' ἀπολινώσεως ἑνός ἢ δύο νηστιδικῶν ἀρτηριακῶν στελεχῶν.

Τὰ πειραματόζωα τῆς ὁμάδος Α, ἀπὸ τῆς ἐπομένης τῆς ἐπεμβάσεως ἐσιτίζοντο κανονικῶς καί ἐφαίνοντο ὑγιῆ, ἐνῶ τῆς ὁμάδος Β ἐνεφάνιζον τάσιν πρὸς ἔμετον, ἄρνησιν λήψεως τροφῆς καί προοδευτικὴν καχεξίαν μέ ἀπώλειαν βάρους 1-1,5 Kgr* εἰς χρονικόν διάστημα εἴκοσι ἡμερῶν. Ἡ μελέτη τῆς αἱματώσεως διά ραδιενεργοῦ σκαντίου 46 καί στροντίου 85 ἔδειξεν μείωσιν τῆς αἱματώσεως τῆς ἑλικος κατὰ 20-30% εἰς τὰ πειραματόζωα τῆς ὁμάδος Β, ἐνῶ οὐδεμίᾳ μείωσις παρατηρήθη εἰς τὰ τῆς ὁμάδος Α. Ἡ μέτρησις τοῦ ἀριθμοῦ καί τοῦ ὕψους κύματος τῶν συστολῶν δι' ἠλεκτρονικοῦ μεταλλάκτου ἔδειξεν μείωσιν κατὰ 50% περίπου εἰς τήν ὁμάδα Β (πίναξ Ι).

ΠΙΝΑΞ Ι. Πίναξ δεικνύων τὰς διαφορὰς ἑλικος, παρασκευασθείσης ἄνευ ἢ μετὰ ἀπολινώσεως νηστιδικῶν ἀγγείων ἐπὶ πειραματοζῶων.

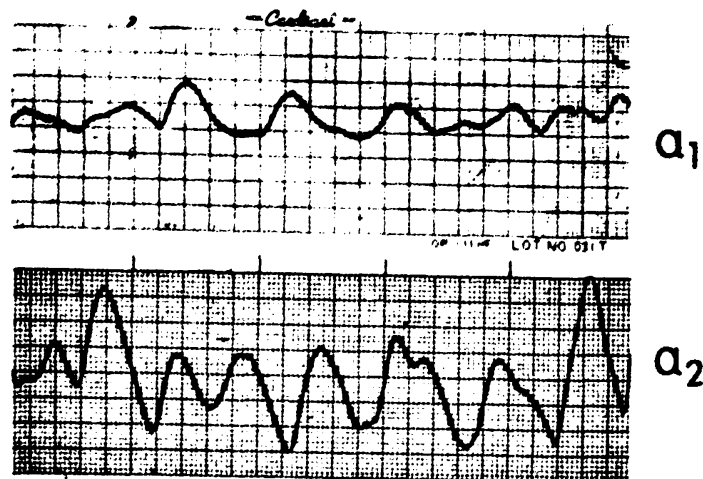
ΟΜΑΣ	ΑΙΜΑΤΩΣΙΣ	ΥΨΟΣ ΚΥΜΑΤΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΣΤΟΛΩΝ	ΜΕΤΑΒΟΛΑΙ ΚΥΜΑΤΟΣ
				ΚΑΤΟΠΙΝ PRIMPERAN
Α':				
ἄνευ ἀπολινώσεως ἀρτηριακοῦ στελέχους	Ὡς ἐπὶ φυσιολογικοῦ	Ἀμετάβλητον	Ἀμετάβλητος	Φυσιολογική συμπεριφορά
Β':				
μετὰ ἀπολινώσεως δύο ἢ περισσοτέρων ἀγγειακῶν στελεχῶν	Μείωσις κατὰ 20 - 30%	Πτώσις	Ἠλαττωμένος	Ἠλαττωμένη αὐξησις



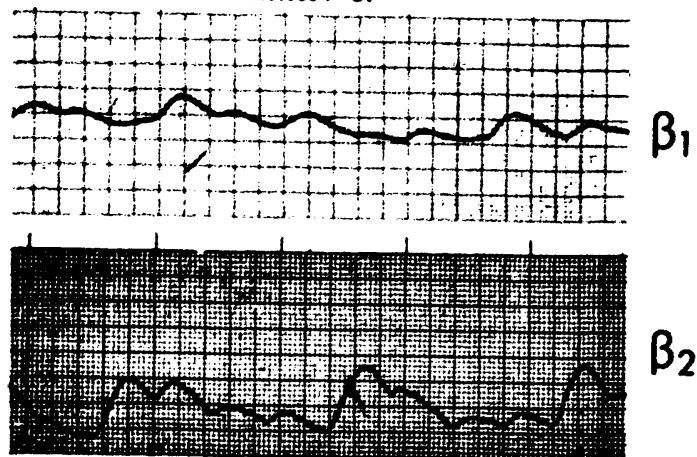
Ἐνδιαφέρον παρουσιάζουν αἱ παρατηρήσεις ἐπὶ τῆς ἐπιδράσεως τῆς μετοκλοπραμίδης (Primperan), οὐσίας μέ μερικῶς χολινεργικὴν δρᾶσιν, ἐπὶ τῆς μηχανικῆς δραστηριότητος τῆς ἑλίκος. Ἡ μικροτέρα αὐξησης τῆς δραστηριότητος αὐτῆς, μετὰ χορήγησιν μετοκλοπραμίδης εἰς τὴν ὁμάδα Β ἐν σχέσει πρὸς τὴν ὁμάδα Α (εἰκὼν 6 - 7) ὑποδηλοῖ μυογενεῖς μηχανισμούς ὡς αἷτια τῆς στάσεως. Αἱ μυογενεῖς βλάβαι ὀφείλονται πιθανῶς εἰς τὴν προκαλουμένην ἰσχαιμίαν, καθ' ὅτι τυχόν ἀπονεύρωσις θά συνοδεύετο ἀπὸ ἡϋξημένην ἀνταπόκρισιν εἰς χολινεργικάς οὐσίας, συμφώνως πρὸς τὸν νόμον ἀπονευρώσεως τοῦ Cannon.

Ἐκ τῶν προαναφερθεισῶν κλινικῶν καὶ πειραματικῶν παρατηρήσεων προκύπτουν ἐνδείξεις ὅτι ἡ πλημελής αἱμάτωσις τῆς ἀπομονωθείσης ἑλίκος κατὰ Roux, ἡ ὁποία παρασκευάζεται κατὰ τὴν κλασσικὴν τεχνικὴν διὰ διαιρέσεως νηστιδικῶν ἀρτηριακῶν στελεχῶν, προκαλεῖ νευρομυϊκὰς διαταραχὰς αἱ ὁποῖαι ὀδηγοῦν πολλάκις εἰς τὴν ἐμφάνισιν τοῦ συνδρόμου τῆς «δυσλειτουργίας τῆς ἑλίκος».

Ἡ προτεινομένη καὶ ἐφαρμοσθεῖσα ὑφ' ἡμῶν τεχνικὴ ἀπαλλάσσει τὴν μέθοδον ἀπὸ τοῦ δυσάρεστον τοῦτο σύμπτωμα, τὸ ὁποῖον δέν ἀποτελεῖ, πάντοτε ὡς ἐξετέθη, ἐπιβράδυνσιν τῆς κενώσεως τοῦ στομάχου.



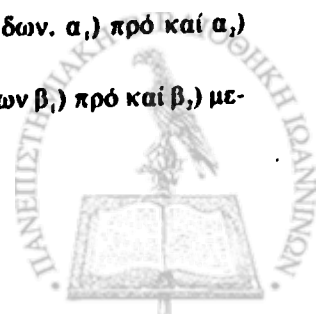
Εἰκὼν 6.



Εἰκὼν 7.

ΕΙΚΟΝΙΣ 6-7

6. Ἀπομονωθείσα ἑλὶξ Roux ἀνευ ἀπολινώσεως νηστιδικῶν ἀγγειακῶν κλάδων. α,) πρὸ καὶ α,) μετὰ χορήγησιν Primperan
7. Ἀπομονωθείσα ἑλὶξ Roux μετὰ ἀπολινώσεως νηστιδικῶν ἀγγειακῶν κλάδων β,) πρὸ καὶ β,) μετὰ χορήγησιν Primperan.



ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟΝ

ΑΝΑΛΥΣΙΣ ΗΜΕΤΕΡΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ. ΣΧΟΛΙΑ. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.

Ἀνάλυσις περιπτώσεων.

Κατά τήν περίοδον 1975 ἕως 1981 ἐχειρουργήθησαν εἴκοσι (20) ἐν συνόλῳ ἄσθενεῖς οἱ ὅποιοι ἐνεφάνιζον τό κλινικόν μετεγχειρητικόν σύνδρομον τῆς ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος, μετά ἐπεμβάσεις ἐπὶ τοῦ στομάχου. Ἄπαντες ὑπὸ τήν προσωπικὴν καθοδήγησιν καὶ εὐθύνην τοῦ ὑψηλοῦ χειρουργοῦ Γ. Αὐλάμη. Κατεβλήθη ἰδιαιτέρα προσπάθεια ὅπως οἱ ἄσθενεῖς κατανοήσουν τὰς δυσκολίας τοῦ προβλήματός των, εἰς τρόπον ὥστε νὰ δεχθοῦν τὸν προεγχειρητικόν ἔλεγχον, τήν κατὰ κανόνα ἄνευ ἀποτελέσματος συντηρητικὴν θεραπείαν καὶ τήν στενὴν μετεγχειρητικὴν των παρακολούθησιν. Ἀνταπεκρίθησαν ἅπαντες εἰς βαθμὸν σπάνιον διὰ τήν Ἑλληνικὴν πραγματικότητα. Σύντομον ἱστορικὸν δι' ἓνα ἕκαστον παρατίθεται κατωτέρω:

Περίπτωσης 1η: Σ.Μ. γυνή, ἡλικίας 56 ἐτῶν.

Ἡ ἄσθενής εἶχεν ὑποστῇ γαστρεκτομήν καὶ ἀναστόμωσιν τύπου Billroth II πρὸ 23 ἐτῶν. Ἀμέσως μετά τήν ἐπέμβασιν ἐνεφάνησεν ἔντονον συνεχές ἐπιγαστρικὸν ἄλγος. Προϊόντος τοῦ χρόνου πλὴν τοῦ ἄλγους ἐνεφάνησεν ὀπισθοστερνικὸν καῦσον, δυσκαταποσίαν, χρόνιον παροξυντικὸν βῆχα, φαρυγγίτιδα ὡς καὶ ἐπίμονον λαρυγγίτιδα.

Διὰ τοῦ ἀκτινολογικοῦ ἐλέγχου διεπιστώθη γαστροοισοφαγικὴ παλινδρόμησις ἄνευ ὑπάρξεως διαφραγματοκήλης καὶ χολολιθίας. Διὰ τῆς ἐνδοσκοπήσεως ἀλλοιώσεις οἰσοφαγίτιδος σταδίου I καὶ ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος.

Ὑπεβλήθη εἰς συντηρητικὴν θεραπείαν ἐπὶ ἓν ἔτος ἄνευ ἀποτελέσματος. Ἐχειρουργήθη τὸν Ἀπρίλιον τοῦ 1976. Ἐγένετο στελεχιαία βαγοτομή, συρραφὴ τῶν σκελῶν τοῦ οἰσοφάγου, χολοκυστεκτομή, διαίρεσις τῆς προσιούσης ἑλίκος καὶ ἀναστόμωσις κατὰ Roux-Y εἰς ἀπόστασιν 60 ἐκατ. ἐκ τῆς γαστρεντεροαναστομώσεως. Παρατηρήθη ἀμέσως μετεγχειρητικῶς, θεαματικὴ ὑποχώρησις τῶν ἐνοχλημάτων καὶ ἡ ἄσθενής δι' οὐδὲν αἰτιᾶται μέχρι σήμερον.

Περίπτωσης 2α: Σ.Π. γυνή, ἡλικίας 53 ἐτῶν.

Ἐχειρουργήθη τό 1968 δι' ἑλκος στομάχου καὶ ὑπέστη γαστρεκτομήν καὶ ἀναστόμωσιν τύπου Billroth II. Ὀκτὼ ἔτη ἀργότερον ἐνεφάνησεν ἔντονον συνεχές ἐπιγαστρικὸν ἄλγος, ἰδίᾳ μετά τήν λήψιν τροφῆς, χολώδεις ἐμέτους οἱ ὅποιοι ἀνεκούφιζον αὐτὴν ἐν μέρει ἐκ τοῦ ἄλγους καὶ προοδευτικὴν ἀπώλειαν βάρους μέχρι 12 Kgr*. Ὁ ἐνδοσκοπικὸς ἔλεγχος ἔδειξεν ἀλλοιώσεις ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος. Ὑπεβλήθη ἐπὶ ἓν ἔτος εἰς συντηρητικὴν θεραπείαν μέ μικράν καὶ κατὰ περιόδους ὑφεσιν τῶν ἐνοχλημάτων.

Ὑπεβλήθη εἰς ἐγχείρησιν τὸν Ἰούνιον τοῦ 1978. Ἐγένετο στελεχιαία βαγοτομή, διαίρεσις τῆς προσιούσης καὶ ἀναστόμωσις κατὰ Roux-Y, εἰς ἀπόστασιν 60 ἐκατ. ἐκ τῆς γαστρεντεροαναστομώσεως.

Ἀπηλλάγη ἐξ ὅλων τῶν ἐνοχλημάτων, ἀνέκτησε τό ἀπωλεσθέν βάρος καὶ ἔχει μέχρι σήμερον καλῶς.



Περίπτωσης 3η: Μ.Ι. άνήρ, ήλικίας 53 έτων.

Ύπεβλήθη τό 1973 είς στελεχιαίαν βαγοτομήν καί γαστρεντερο-άναστόμωσιν δι' έλκος δωδεκαδακτύλου. Τέσσερα έτη άργότερον ένεφάνησεν έντονον συνεχές έπιγαστρικόν άλγος, έπιτεινόμενον μέ τήν λήψιν τροφής, άργότερον δέ όπισθοστερνικόν καϋσον καί δυσχέρειαν καταπτώσεως.

Ό άκτινολογικός έλεγχος απέβη άρνητικός.

Ό ένδοσκοπικός έλεγχος έδειξεν άλλοιώσεις οίσοφαγίτιδος σταδίου ΙΙ ώς καί άλκαλικής γαστρίτιδος.

Ύπεβλήθη επί έν έτος είς συντηρητικήν άγωγήν άνευ άποτελέσματος. Έχειρουργήθη τόν Ιούνιον του 1978. Έγένετο όπισθία γαστροπηξία, άντρεκτομή καί άναστόμωσις τύπου Roux-Y (μήκος έλικος 60 έκατ.). Άπηλλάγη πλήρως τών ένοχλημάτων. Ένδοσκοπικός έλεγχος γενόμενος 6 μήνας μετά τήν επέμβασιν, έδειξεν παντελή έξαφάνισιν τών άλλοιώσεων του βλεννογόνου τόσον του οίσοφάγου όσον καί του στομάχου.

Περίπτωσης 4η: Σ.Δ. άνήρ, ήλικίας 53 έτων.

Ύπεβλήθη τό έτος 1977 είς στελεχιαίαν βαγοτομήν, πυλωροπλαστικήν καί πυθμενοπλαστικήν κατά Nissen, δι' έλκος δωδεκαδακτύλου καί γαστροοίσοφαγικήν παλινδρόμησιν. Βραχύ χρόνον μετά τήν επέμβασιν ένεφάνησεν συνεχές, έντονον έπιγαστρικόν άλγος, όπισθοστερνικόν καϋσον καί άναγωγάς. Είς χρονικόν διάστημα ενός έτους άπώλεσεν βάρος 9 Kgr*.

Ό άκτινολογικός έλεγχος έδειξεν ύποτροπήν τής παλινδρομήσεως. Διά τής ένδοσκοπήσεως διεπιστώθησαν άλλοιώσεις οίσοφαγίτιδος σταδίου Ι, ώς καί άλκαλικής γαστρίτιδος.

Ύπεβλήθη είς συντηρητικήν θεραπείαν επί έν έτος άνευ άποτελέσματος. Έχειρουργήθη τόν Φεβρουάριον του 1978. Έγένετο άντρεκτομή καί άναστόμωσις κατά Roux-Y (μήκος έλικος 60 έκατ.). Τό άποτέλεσμα ύπήρξεν άμεσον' μέχρι σήμερον είναι άπηλλαγμένος ένοχλημάτων καί άνέκτησεν τό άπωλεσθέν βάρος.

Περίπτωσης 5η: Τ.Ε. άνήρ, ήλικίας 47 έτων.

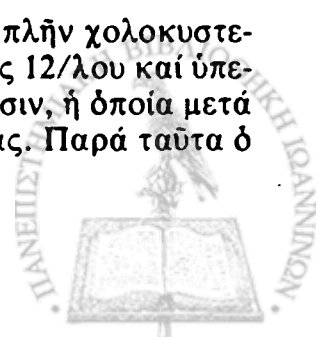
Ύπεβλήθη τό έτος 1973 είς γαστρεκτομήν καί άναστόμωσιν τύπου Billroth ΙΙ. Τέσσερα έτη άργότερον ένεφάνησεν άλγος κατά τό έπιγάστριον, συνεχές, μή παρερχόμενον μέ τήν λήψιν τροφής ή άλκαλικών, άλλ' άντιθέτως έπιτεινόμενον άμέσεως μετά τό φαγητόν, χολώδεις έμέτους καί άπώλειαν βάρου 8 Kgr*. Ό άκτινολογικός έλεγχος του στομάχου καί τών χοληφόρων έδειξεν χολολιθίασιν.

Διά τής ένδοσκοπήσεως διεπιστώθησαν άλλοιώσεις άλκαλικής γαστρίτιδος. Ύπεβλήθη είς συντηρητικήν θεραπείαν επί δύο έτη άνευ άποτελέσματος.

Έχειρουργήθη τόν Ιούνιον του 1979. Έγένετο χολοκυστεκτομή, στελεχιαία βαγοτομή, διαίρεσις τής προσιούσης καί άναστόμωσις κατά Roux-Y (μήκος έλικος 60 έκατ.). Η άνακούφισις έκ τών ένοχλημάτων ύπήρξεν άμεσος καί διαρκής μέχρι σήμερον.

Περίπτωσης 6η: Μ.Α. άνήρ, ήλικίας 50 έτων.

Έχειρουργήθη τό έτος 1974 διά χολολιθίασιν καί υπέστη άπλήν χολοκυστεκτομήν. Τρία έτη άργότερον διεπιστώθη ένδοσκοπικώς έλκος 12/λου καί υπεβλήθη είς στελεχιαίαν βαγοτομήν καί γαστρεντεροάναστόμωσιν, ή όποία μετά έν έτος μετετράπη είς πυλωροπλαστικήν λόγω δυσλειτουργίας. Παρά ταϋτα ό



ἀσθενής παρεπονεῖτο δι' ἔντονον ἐπιγαστρικόν ἄλγος, ἀναγωγὰς τροφῶν καὶ καῦσον καθ' ὅλον τὸ μήκος τοῦ οἰσοφάγου, δι' αἴσθημα πληρώσεως τοῦ στομάχου μετὰ λήψιν μικρᾶς ποσότητος τροφῆς καὶ συνεχῇ ἀπώλειαν βάρους (15 Kgr* εἰς χρονικὸν διάστημα ἑνὸς ἔτους).

Ἐνδοσκοπικός ἐλέγχος ἔδειξεν ἀλλοιώσεις οἰσοφαγίτιδος σταδίου I, καὶ μεσογαστρικὴν στένωσιν (πίεσις τοῦ στομάχου ὑπὸ ἐπιπλόου) ἢ ὁποία ἐνοχοποιήθη διὰ τὰ ἐνοχλήματα τοῦ ἀσθενοῦς.

Ἡ χειρουργικὴ ἀποκατάστασις τῆς παραμορφώσεως τοῦ στομάχου δὲν ἀπῆλλαξε τὸν ἀσθενῆ ἐκ τῶν ἐνοχλημάτων του.

Διὰ νέου ἐνδοσκοπικοῦ ἐλέγχου διεπιστώθησαν ἀλλοιώσεις οἰσοφαγίτιδος καὶ ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος.

Ἡ ἐπὶ ἄμηνον συντηρητικὴ θεραπεία οὐδὲν ἀπέδωσε.

Ἐχειρουργήθη ἐκ νέου τὸν Δεκέμβριον τοῦ 1979. Ἐγένετο ἀντρεκτομὴ καὶ ἀναστόμωσις κατὰ Roux-Y (μήκος ἑλίκος 60 ἐκατ.). Ὁ ἀσθενής ἀπηλλάγη ὅλων τῶν ἐνοχλημάτων, ἀνέκτησε τὸ ἀπωλεσθέν βάρος.

Ἐμφανίζει κατὰ καιροὺς κολικοειδῆ ἄλγη, λόγῳ ἀτελῶν συμφυτικῶν εἰλεῶν ἐκ τῶν πολλαπλῶν ἐπεμβάσεων.

Περίπτωσης 7η: Κ.Π. ἀνὴρ, ἡλικίας 68 ἐτῶν.

Ἐχειρουργήθη τὸν Ἰούνιον τοῦ 1979 διὰ χρόνιον ἑλκος βολβοῦ 12/λου καὶ ὑπέστη στελεχιαίαν βαγοτομήν καὶ γαστροἐντεροαναστόμωσιν. Συνυπάρχουσα διαλείπουσα δυσφαγία διὰ τὰς στερεὰς ἰδία τροφὰς δὲν ἠλέγχθη πρό τῆς ἐπεμβάσεως. Πρό τῆς ἐξόδου του ἐκ τοῦ Νοσοκομείου ἐνεφάνησεν ἔντονον ἐπιγαστρικόν ἄλγος, χολῶδεις ἐμέτους καὶ ἐπίμονον ὀπισθοστερνικόν καῦσον, ἕνα μῆνα δὲ ἀργότερον ἐπιδείνωσιν τῆς δυσφαγίας, μέχρι ἀδυναμίας καταπόσεως πολτώδους καὶ ὑγρᾶς τροφῆς, ἀπώλειαν βάρους πλέον τῶν 10 Kgr* καὶ σιδηροπενικὴν ἀναιμίαν.

Ὁ ἀκτινολογικός ἐλέγχος ἔδειξεν στένωσιν τοῦ κατωτέρου οἰσοφάγου (εἰκὼν I), ἢ δὲ ἐνδοσκόπησις ἀλλοιώσεις οἰσοφαγίτιδος σταδίου III καὶ παλινδρόμησιν πρὸς τὸν οἰσοφάγον ἀφθόνου χολῶδους ὑγροῦ. Ἐχειρουργήθη τὸν Δεκέμβριον τοῦ 1979. Ἐγένετο ἀντρεκτομή καὶ ἀναστόμωσις κατὰ Roux-Y (μήκος ἑλίκος 60 ἐκατ.). Ἀπηλλάγη ἀμέσως τοῦ ἄλγους καὶ τῶν ἐμέτων. Κατέστη ἀμέσως ἐφικτὴ ἡ ἀνώδυνος λήψις ὑγρᾶς καὶ πολτώδους τροφῆς.

Ἐν ἔτος ἀργότερον ἐνεφάνησεν συμπτώματα ἑλκους ἀναστομώσεως καὶ ὀξίνου οἰσοφαγίτιδος, Ἀπηλλάγη τούτων διὰ συμπληρωματικῆς βαγοτομῆς διὰ τοῦ θώρακος. (Κατ' αὐτὴν ἀνευρέθη ἀνέπαφον τὸ ὀπίσθιον πνευμονογαστρικόν). Ἡ ἀποκατάστασις τῆς στενώσεως τοῦ οἰσοφάγου διὰ διαστολῶν ἀνεστάλη λόγῳ ἐμφανίσεως αὐτομάτου δεξιοῦ πνευμοθώρακος. Πάντως μέχρι σήμερον εἶναι ἀπηλλαγμένος ἐνοχλημάτων, λαμβάνει ὑγρὰν καὶ πολτώδη τροφήν καὶ ἀνέκτησε τὸ ἀπωλεσθέν βάρος.

Περίπτωσης 8η: Κ.Γ. ἀνὴρ, ἡλικίας 50 ἐτῶν.

Ἐχειρουργήθη τὸ ἔτος 1977 διὰ πυλωρικὴν στένωσιν ἐξ ἑλκους 12/λου. Ὑπέστη στελεχιαίαν βαγοτομήν καὶ γαστροἐντεροαναστόμωσιν. Τρεῖς μῆνας ἀργότερον ἐνεφάνησεν συνεχῇ «κόμπον» εἰς τὸ ὕψος τοῦ φάρυγγος, ἐνόχλημα τὸ ὁποῖον ἀντιμετωπίσθη ἐπιτυχῶς διὰ Primperan. Ἐξ ἑνὸς μῆνα ἀργότερον ἐνεφάνησεν ἔντονον συνεχές ἐπιγαστρικόν ἄλγος, ἐπιτεινόμενον μέ τὴν λήψιν τροφῆς, ἀναγωγὰς, ἐμέτους χολῶδων ὑγρῶν καὶ καῦσον καθ' ὅλον τὸ μήκος τοῦ οἰσοφάγου. Ἡ ἐνδοσκόπησις ἔδειξεν ἐντόνους ἀλλοιώσεις ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος καὶ οἰσοφαγίτιδα σταδίου I.



Υπεβλήθη περιοδικῶς εἰς συντηρητικὴν θεραπείαν ἄνευ ἀποτελέσματος. Ἀπώλεσεν εἰς χρόνον δύο ἐτῶν βάρος 10 Kgr* καὶ πλέον. Ἐχειρουργήθη τὸν Φεβρουάριον τοῦ 1980. Ἐγένετο ἀντρεκτομή καὶ ἀναστόμωσις κατὰ Roux-Y (μῆκος ἑλικος 60 ἐκατ.). Ἐξῆλθεν τοῦ Νοσοκομείου ἀπηλλαγμένος ἐνοχλημάτων καὶ μέχρι σήμερον ἔχει καλῶς, ἀνέκτησε δέ τὸ ἀπωλεσθέν βάρος.

Περίπτωσης 9η: Π.Δ. ἀνὴρ, ἡλικίας 65 ἐτῶν.

Υπέστη γαστρεκτομὴν καὶ ἀναστόμωσιν τύπου Billroth II πρὸ 16 ἐτῶν. Δέκα ἔτη ἀργότερον ἐνεφάνησεν συνεχὲς ἄλγος κατὰ τὸ ἐπιγάστριον, ναυτίαν καὶ ὀπισθοστερνικὸν καῦσον.

Ἡ ἐνδοσκόπησις ἔδειξεν ἑλκος ἀναστομώσεως, ἀλλοιώσεις ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος καὶ οἰσοφαγίτιδος σταδίου I.

Υπεβλήθη εἰς συντηρητικὴν θεραπείαν ἐπὶ ἓν ἔτος δι' ἀντιοξίνων, Primperan καὶ Quesigan ἄνευ ἀποτελέσματος.

Ἐχειρουργήθη τὸν Φεβρουάριον τοῦ 1980. Ἐγένετο στελεχιαία βαγοτομή, περαιτέρω ἐκτομή τοῦ στομάχου καὶ ἀναστόμωσις κατὰ Roux-Y (μῆκος ἑλικος 60 ἐκατ.). Ὁ ἀσθενὴς ἀπηλλάγη τῶν ἐνοχλημάτων καὶ μέχρι σήμερον ἔχει ἄριστα. Ἡ ἱστολογικὴ ἐξέτασις τοῦ ἐκταμένου στομάχου ἔδειξεν ἀλλοιώσεις ἀτροφικῆς γαστρίτιδος καὶ ἑλκος ἀναστομώσεως πρὸς τὸ τμήμα τοῦ γαστρικοῦ κολοβώματος.

Περίπτωσης 10η: Φ.Β. γυνή, ἡλικίας 36 ἐτῶν.

Υπέστη στελεχιαίαν βαγοτομὴν καὶ πυλωροπλαστικὴν διὰ χρόνιον ἑλκος βολβοῦ 12/λου. Τὸ 1979 ὑπεβλήθη εἰς συμπληρωματικὴν βαγοτομὴν, ἀντρεκτομὴν καὶ ἀναστόμωσιν τύπου Billroth II διὰ πολλαπλὰ ἑλκη 12/λου. Δύο μῆνας ἀργότερον ἐνεφάνησεν ἔντονον συνεχὲς ἐπιγαστρικὸν ἄλγος, ἐπιτεινόμενον μὲ τὴν λήψιν τροφῆς, συνεχεῖς χολώδεις ἐμέτους καὶ ἀπώλειαν βάρους πλέον τῶν 15 Kgr*. ἐντὸς ἑξαμήνου.

Ἡ ἐνδοσκόπησις ἔδειξεν ἐκτεταμένας ἀλλοιώσεις ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος. Ὑπεβλήθη εἰς συντηρητικὴν θεραπείαν ἄνευ ἀποτελέσματος. Μετέβη εἰς τὸ ἐξωτερικὸν ἔνθα τῆς συνεστήθη τὸ πρῶτον ἐρευνητικὴ λαπαροτομία (πιθανὴ διάγνωσις χρονία παγκρεατίτις), ἀργότερον δέ ψυχοθεραπεία.

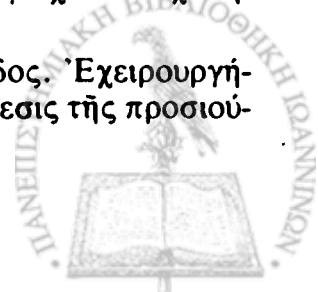
Ἐχειρουργήθη τὸν Μάϊον τοῦ 1980. Ἐγένετο διαίρεσις τῆς προσιούσης καὶ ἀναστόμωσις κατὰ Roux-Y (μῆκος ἑλικος 60 ἐκατ.). Ἀπηλλάγη τῶν ἐνοχλημάτων ἐντὸς ἑβδομάδος. Ὀλίγους μῆνας ἀργότερον ἐνεφάνησεν συμπτώματα ὑψηλῆς ἐντερικῆς ἀποφράξεως.

Κατὰ τὴν ἐπέμβασιν διεπιστώθη γωνιώδης κάμψις τῆς ἀπιούσης ἑλικος λόγῳ βραχείας προσιούσης. Ἐγένετο πλαγιοπλαγία (σχῆμα 15) ἀναστόμωσις. Ἡ ἀσθενὴς δὲν ἀπηλλάγη πλήρως τῶν ἐνοχλημάτων.

Περίπτωσης 11η: Ν.Ι. ἀνὴρ, ἡλικίας 48 ἐτῶν.

Υπέστη γαστρεκτομὴν καὶ ἀναστόμωσιν τύπου Billroth II τὸν Ἰανουάριον τοῦ 1979 διὰ τυλῶδες προπυλωρικὸν ἑλκος. Ἐξί μῆνας ἀργότερον ἐνεφάνησεν ἔντονον συνεχὲς ἐπιγαστρικὸν ἄλγος, ἐπιτεινόμενον μὲ τὴν λήψιν τροφῆς, χολώδεις ἐμέτους καὶ ἀπώλειαν βάρους 25 Kgr* εἰς χρονικὸν διάστημα ἐπτὰ μηνῶν. Γενόμενος κατ' ἐπανάληψιν ἀκτινολογικὸς ἔλεγχος στομάχου καὶ χοληφόρων ἀπέβη ἀρνητικὸς.

Ἡ ἐνδοσκόπησις ἔδειξεν ἀλλοιώσεις ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος. Ἐχειρουργήθη τὸν Ἰούλιον τοῦ 1980. Ἐγένετο στελεχιαία βαγοτομή, διαίρεσις τῆς προσιού-



σης καὶ ἀναστόμωσις κατὰ Roux-Y. (μῆκος ἑλικος 60 ἑκατ.). Ἀπηλλάγη τῶν ἐνοχλημάτων ἀμέσως, καὶ ἀνέκτησε τὸ ἀπωλεσθέν βάρος ἐντὸς ἐννέα μηνῶν.

Περίπτωσης 12η: Γ.Ι. ἀνὴρ, ἡλικίας 60 ἐτῶν.

Ὑπέστη τὸ ἔτος 1963 στελεχιαίαν βαγοτομήν καὶ πυλωροπλαστικήν, ἀργότερον δέ διαστολὰς οἰσοφάγου δι' ἑλκος τύπου Barrett. Δεκαεξὶ ἔτη ἀργότερον ἐνεφάνησεν ἐπιγαστρικὸν ἄλγος, ὀπισθοστερνικὸν καῦσον καὶ δυσκαταποσίαν. Εἰς χρονικὸν διάστημα ἑνὸς ἔτους ἀπώλεσε 17 Kgr* βάρους.

Ὁ ἐνδοσκοπικὸς ἔλεγχος ἔδειξεν ἀλλοιώσεις ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος καὶ οἰσοφαγίτιδος σταδίου Ι. Ὑπεβλήθη εἰς συντηρητικὴν θεραπείαν ἐπὶ ἑξὶ μηνῶν ἀνευ ἀποτελέσματος. Ἐχειρουργήθη τὸν Ἰούλιον τοῦ 1980. Ἐγένετο ἀντρεκτομή καὶ ἀναστόμωσις κατὰ Roux-Y (μῆκος ἑλικος 60 ἑκατ.). Ἀπηλλάγη ἀμέσως τῶν ἐνοχλημάτων, πλὴν τῆς δυσκαταποσίας, ἡ ὁποία παρῆλθεν μετὰ δίμηνον.

Περίπτωσης 13η: Ρ.Β. γυνή, ἡλικίας 46 ἐτῶν.

Ὑπέστη στελεχιαίαν βαγοτομήν καὶ γαστρεντεροαναστόμωσιν τὰς ἀρχὰς τοῦ ἔτους 1979 διὰ χρόνιον ἑλκος βολβοῦ 12/λου. Τρεῖς μηνῶν ἀργότερον ἐνεφάνησεν ἐπιγαστρικὸν ἄλγος, ἰδίᾳ μετὰ λήψιν τροφῆς, χολώδεις ἐμέτους καὶ ἀπώλειαν βάρους 9 Kgr* εἰς χρονικὸν διάστημα ἑνὸς ἔτους.

Ἡ ἐνδοσκόπησης ἔδειξεν ἀλλοιώσεις ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος. Ὑπεβλήθη εἰς συντηρητικὴν θεραπείαν ἐπὶ ἑξὶ μηνῶν ἀνευ ἀποτελέσματος. Ἐχειρουργήθη τὸν Σεπτέμβριον τοῦ 1980. Ἐγένετο ἀντρεκτομή καὶ ἀναστόμωσις κατὰ Roux-Y (μῆκος ἑλικος 60 ἑκατ.). Ἀπηλλάγη ἀμέσως τῶν ἐνοχλημάτων καὶ ἀνέκτησε τὸ ἀπωλεσθέν βάρος ἐντὸς τετραμήνου.

Περίπτωσης 14η: Σ.Κ. ἀνὴρ, ἡλικίας 46 ἐτῶν.

Ὑπέστη γαστρεκτομήν καὶ ἀναστόμωσιν τύπου Billroth II τὸ ἔτος 1962 δι' ἑλκος στομάχου. Παρέμεινεν ἐλεύθερος ἐνοχλημάτων ἐπὶ τρία ἔτη μετὰ τὴν ἐπέμβασιν, ὅτε ἐνεφάνησεν ἀκαθόριστον συνεχές ἐπιγαστρικὸν ἄλγος, ὀπισθοστερνικὸν καῦσον, φαρυγγίτιδα καὶ βράγχος φωνῆς. Ἀπὸ τριετίας τὰ ἐνοχλήματα ἐπεδεινώθησαν. Τὸ ἄλγος κατέστη ἔντονον, προσετέθησαν δέ ναυτία καὶ ἐπώδυνοι ἀναγωγαί.

Ἐπανηλειμμένοι ἐνδοσκοπήσεις ἔδειξαν ἀλλοιώσεις ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος καὶ οἰσοφαγίτιδος σταδίου Ι. Ὑπεβλήθη ἐπὶ μακρὸν εἰς συντηρητικὴν θεραπείαν ἀνευ ἀποτελέσματος. Ἐχειρουργήθη τὸν Ὀκτώβριον τοῦ 1980. Ἐγένετο στελεχιαία βαγοτομή, διαίρεσις τῆς προσιούσης καὶ ἀναστόμωσις κατὰ Roux-Y (μῆκος ἑλικος 60 ἑκατ.), ὡς εἰς τὸ σχῆμα 14 λόγῳ βραχείας προσιούσης. Ἀπηλλάγη ἀμέσως ὅλων τῶν ἐνοχλημάτων καὶ μέχρι σήμερον ἔχει καλῶς.

Περίπτωσης 15η: Ρ.Α. ἀνὴρ, ἡλικίας 46 ἐτῶν.

Ὑπέστη χολοκυστεκτομήν τὸ ἔτος 1973 διὰ λιθίασιν χοληδόχου κύστεως. Τὸ 1975 ὑπέστη γαστρεκτομήν καὶ ἀναστόμωσιν τύπου Billroth II δι' ἑλκος στομάχου. Βραχύν χρόνον μετὰ τὴν ἐπέμβασιν ἐνεφάνησεν ἐπιγαστρικὸν ἄλγος καὶ χολώδεις ἐμέτους. Τὰ ἐνοχλήματα ἀπεδόθησαν εἰς ἑλκος ἀναστομώσεως καὶ ὑπεβλήθη εἰς περαιτέρω ἐκτομήν τοῦ στομάχου. Τὸ ἀποτέλεσμα τῆς νέας ἐπεμβάσεως ἦτο ἡ ἐπίτασις τῶν ἐνοχλημάτων καὶ ἡ βαθμιαία ἀπώλεια βάρους, ὃ δὲ ἀσθενὴς κατέστη ἀνίκανος πρὸς ἐργασίαν κατὰ τὰ τελευταῖα δύο ἔτη. Δι' ἐπανηλειμμένων ἐνδοσκοπήσεων διεπιστώθη ἡ παρουσία ἀφθόνου χολῆς ἐντὸς τοῦ κολοβώματος τοῦ στομάχου καὶ ἀλλοιώσεις ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος.



Ὑπεβλήθη εἰς συντηρητικὴν θεραπείαν ἐπὶ ἓν ἔτος ἄνευ ἀποτελέσματος. Ἐχειρουργήθη τὸν Νοέμβριον τοῦ 1980. Ἐγένετο ἀτελής βαγοτομή, λόγῳ ὑπάρξεως πολλῶν συμφύσεων, διαίρεσις τῆς προσιούσης καὶ ἀναστόμωσις κατὰ Roux-Y (μῆκος ἑλίκος 60 ἐκατ.). Ἀπηλλάγη πλήρως τῶν ἐνοχλημάτων. Κατέστη γνωστόν εἰς τὸν ἀσθενῆ, ὅτι ὑπάρχει πιθανότης ἀναπτύξεως ἀναστομωτικοῦ ἑλκους, λόγῳ ἀτελοῦς βαγοτομῆς.

Περίπτωσης 16η: Χ.Χ. ἀνὴρ, ἡλικίας 48 ἐτῶν.

Ὑπεβλήθη εἰς γαστρεκτομήν τὸ ἔτος 1964 δι' ἑλκος στομάχου. Δεκαπέντε ἔτη ἀργότερον ἐνεφάνησεν ἐντονὸν συνεχές ἄλγος κατὰ τὸ ἐπιγάστριον, ἐπιτεινόμενον μέ τὴν λῆψιν τροφῆς.

Ἡ ἐνδοσκόπησις ἔδειξεν ἀλλοιώσεις ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος. Ὑπεβλήθη εἰς συντηρητικὴν θεραπείαν ἐπὶ ἓν ἔτος ἄνευ ἀποτελέσματος. Ἐχειρουργήθη τὸν Νοέμβριον τοῦ 1980. Ἐγένετο στελεχιαία βαγοτομή καὶ ἀναστόμωσις κατὰ Roux-Y (μῆκος ἑλίκος 60 ἐκατ.). Ὁ ἀσθενὴς ἀπηλλάγη ἀμέσως ἐκ τοῦ ἄλγους καὶ ἔχει ἄριστα μέχρι σήμερον.

Περίπτωσης 17η: Γ.Γ. ἀνὴρ, ἡλικίας 72 ἐτῶν.

Ὑπέστη γαστρεκτομήν καὶ ἀναστόμωσιν τύπου Billroth I τὸ ἔτος 1976 δι' ἑλκος στομάχου. Εἶχεν καλῶς ἐπὶ τρία ἔτη μετὰ τὴν ἐπέμβασιν. Ἐκτοτε ἐνεφάνησεν ἐνοχλήματα ἐπιδεινούμενα μέ τὴν πάροδον τοῦ χρόνου. Οἱ χολώδεις ἔμετοι ἀποτελοῦν τὸ πλεόν βασανιστικόν ἐξ αὐτῶν. Αὐτόματοι ἢ προκαλούμενοι ὑπὸ τοῦ ἰδίου τοῦ ἀσθενοῦς, τὸν ἀνακουφίζουν μερικῶς ἐκ τοῦ ἐπιγαστρικοῦ ἄλγους, τὸ ὅποιον ἐπιτείνεται χαρακτηριστικῶς μέ τὴν λῆψιν τροφῆς. Ἡ συνεχὴς ἀπώλεια βάρους, περί τὰ 10 Kgr* εἰς χρονικόν διάστημα ἐνός ἔτους, συμπληρῶνει τὴν κλινικὴν εἰκόνα.

Ἡ ἐνδοσκόπησις ἔδειξεν ἀλλοιώσεις ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος. Ὑπεβλήθη εἰς συντηρητικὴν θεραπείαν ἐπὶ ἓν ἔτος ἄνευ ἀποτελέσματος. Ἐχειρουργήθη τὸν Μάρτιον τοῦ 1981. Ἐγένετο στελεχιαία βαγοτομή, λῦσις παλαιᾶς ἀναστομώσεως, σύγκλεισις τοῦ κολοβώματος τοῦ 12/λου καὶ ἀναστόμωσις κατὰ Roux-Y (μῆκος ἑλίκος 60 ἐκατ.). Ὁ ἀσθενὴς ἀπηλλάγη ἀμέσως τῶν ἐνοχλημάτων καὶ ἀνέκτησε 7 Kgr* βάρους ἐντός τριῶν μηνῶν.

Περίπτωσης 18η: Τ.Β. γυνή, ἡλικίας 56 ἐτῶν.

Ὑπέστη τὸ 1969 στελεχιαίαν βαγοτομήν καὶ πυλωροπλαστικὴν. Ἐνα μῆνα μετὰ τὴν ἐπέμβασιν ἐνεφάνησεν ἐπιγαστρικόν ἄλγος, ἰδίᾳ μετὰ τὴν λῆψιν τροφῆς, ναυτίαν, τάσιν πρὸς ἔμετον καὶ χολώδεις ἔμετους. Παραλλήλως δέ ἐφιδρώσεις, τάσιν πρὸς λιποθυμίαν, διάρροϊαν ἀμέσως μετὰ τὴν λῆψιν γλυκοῦ ἢ γάλακτος καὶ ἀπώλειαν βάρους περί τὰ 20 Kgr* κατὰ τὴν τελευταίαν τριετίαν.

Ἡ ἐνδοσκόπησις ἔδειξεν ἀλλοιώσεις ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος. Ὑπεβλήθη εἰς συντηρητικὴν θεραπείαν ἐπὶ ἓν ἔτος ἄνευ ἀποτελέσματος. Ἐχειρουργήθη τὸν Ἰούνιον τοῦ 1981. Ἐγένετο ἀντρεκτομή καὶ ἀναστόμωσις κατὰ Roux-Y (μῆκος ἑλίκος 60 ἐκατ.). Ἡ ἀναστροφή ἑλίκος νήστιδος διὰ τὴν ἀντιμετώπισιν τοῦ Dumping ἐπεφυλάχθη διὰ δεῦτερον χρόνον, ἐφ' ὅσον ἐπιμείνῃ, λαμβανομένου ὑπ' ὄψιν ὅτι ἡ χρησιμοποίησις μέθοδος συνεπάγεται βαθμοῦ τινὸς ἐπιβράδυνσιν τῆς κενώσεως τοῦ κολοβώματος τοῦ στομάχου. Πάντως ἡ ἀσθενὴς μέχρι σήμερον εἶναι ἀπηλλαγμένη ἐνοχλημάτων.

Περίπτωσης 19η: Μ.Σ. ἀνὴρ, ἡλικίας 63 ἐτῶν.

Ὑπέστη γαστρεκτομήν καὶ ἀναστόμωσιν τύπου Billroth II τὸ ἔτος 1971 δι'



ἔλκος 12/λου. Ἀμέσως μετά τήν ἐγχείρησιν ἐνεφάνησεν ἐπιγαστρικόν ἄλγος, ὀπισθοστερνικόν καῦσον καί χολώδεις ἐμέτους. Τούς τελευταίους ὀκτώ μῆνας τὰ ἐνοχλήματα ἐπεδεινώθησαν καί ἐσημειώθη ἀπώλεια βάρους περί τά 25 Kgr*.

Διά τοῦ ἀκτινολογικοῦ ἐλέγχου διεπιστώθη κήλη ἐξ ὀλισθήσεως τοῦ οἰσοφαγικοῦ τμήματος μετά γαστροοισοφαγικῆς παλινδρομήσεως. Ἡ ἐνδοσκόπησις ἔδειξεν ἀλλοιώσεις ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος καί οἰσοφαγίτιδα σταδίου I.

Ἐχειρουρήθη τόν Δεκέμβριον τοῦ 1975. Ἐγένετο στελεχιαία βαγοτομή, συρραφή σκελῶν τοῦ οἰσοφαγικοῦ τμήματος, πυθμενοπλαστική Nissen καί παράθεσις τμήματος νήστιδος μήκους 15 ἐκ. περίπου ἰσοπερισταλτικῶς μεταξύ στομάχου καί 12/λου κατά Henley. Μετεγχειρητικῶς ὁ ἀσθενής παρουσίασεν δυσφαγίαν καί ἀδυναμίαν ἐρυγῆς, τὰ ὅποια ὑπεχώρησαν μετά τρίμηνον. Τά προεγχειρητικά ἐνοχλήματα ὑπεχώρησαν τὰς πρώτας μετεγχειρητικὰς ἡμέρας, ἐνῶ ὁ ἀσθενής ἀνέκτησε ἐντός ἐξαμήνου 14 Kgr* βάρους.

Περίπτωσης 20η: Σ.Ε. γυνή, ἡλικίας 56 ἐτῶν.

Ὑπέστη πρό 15 ἐτῶν γαστρεκτομήν καί ἀναστόμωσιν τύπου Billroth II δι' ἔλκος 12/λου. Μετά δέμηνον ἀπό τῆς ἐγχειρήσεως ἐνεφάνισεν ἄλγος κατά τό ἐπιγάστριον, ἰδία μετά τήν λήψιν τροφῆς καί ὀπισθοστερνικόν ἄλγος κατά τήν κατάποσιν. Ἐκ τοῦ ἀκτινολογικοῦ ἐλέγχου διεπιστώθη κήλη ἐξ ὀλισθήσεως. Ἡ ἐνδοσκόπησις ἔδειξεν ἀλλοιώσεις ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος καί οἰσοφαγίτιδα σταδίου II.

Ἐχειρουρήθη τόν Μάϊον τοῦ 1976. Ἐγένετο στελεχιαία βαγοτομή, συρραφή σκελῶν τοῦ οἰσοφαγικοῦ τμήματος, πυθμενοπλαστική κατά Nissen καί παράθεσις τμήματος νήστιδος μήκους 15 ἐκατ. περίπου ἰσοπερισταλτικῶς μεταξύ στομάχου καί 12/λου κατά Henley. Τά προεγχειρητικά ἐνοχλήματα ὑπεχώρησαν ἀμέσως.

Εἰς τόν πίνακα II περιλαμβάνονται τὰ στοιχεῖα τῶν 20 περιπτώσεων.

Κατανομή κατά φύλον καί ἡλικίαν

Εἰς τήν παροῦσαν ομάδα τῶν 20 ἀσθενῶν 14 ἦσαν ἄνδρες καί 6 γυναῖκες. Τό νεώτερον ἄτομον ἦτο γυνή 36 ἐτῶν καί τό μεγαλύτερον ἄνδρας 72 ἐτῶν. Ὁ μέσος ὅρος ἡλικίας διά μέν τούς ἄνδρας ἦτο 54,9 ἔτη διά δέ τὰς γυναῖκας 50,5 ἔτη.

Συμπτώματα (πίναξ III).

Ἡ ἐμφάνισις τῶν ἐνοχλημάτων ἀπό τήν πρώτην ἐπέμβασιν ἦτο διάφορος εἰς τούς μελετηθέντας ἀσθενεῖς. Εἰς ἐξ αὐτῶν ἐνεφάνισεν τὰ ἐνοχλήματα πρό τῆς ἐξόδου τοῦ ἐκ τοῦ Νοσοκομείου περί τήν 6ην μετεγχειρητικὴν ἡμέραν, ἕτερος δέ 16 ἔτη μετά τήν πρώτην ἐπέμβασιν. Πάντως οὐδεμία σχέσις ἀνευρέθη μεταξύ τύπου προηγηθείσης ἐπεμβάσεως καί χρόνου ἐνάρξεως τῶν συμπτωμάτων, ἐν ἀντιθέσει πρὸς ἄλλους μελετητάς (Du Plessis 1962) οἱ ὅποιοι παρατήρησαν πρῶτον ἐμφάνισιν ἐπὶ γαστρεκτομῆς καί ἀναστομώσεως τύπου Billroth II, ὁψιμον δέ ἐπὶ στελεχιαίας βαγοτομῆς καί γαστρεντεροαναστομώσεως.

Τέσσερα ἦσαν τὰ συχνότερα ἐνοχλήματα: τό ἄλγος, οἱ χολώδεις ἐμετοί, ἡ ἀπώλεια βάρους καί ὁ ὀπισθοστερνικός καῦσος.

α) Τό ἄλγος ἀνεφέρθη ὑφ' ὅλων τῶν ἀσθενῶν ἦτοι παρετηρήθη εἰς ποσοστόν 100%. Περιγράφεται ὡς διαξιφιστικόν ἢ νυγμῶδες καί ἐντοπίζεται εἰς τό κυρίως ἐπιγάστριον. Νυγμῶδες, καυστικόν ἄλγος ὀπισθεν τοῦ στέρνου ὠφείλετο εἰς τήν παλινδρόμησιν χολῆς πρὸς τόν οἰσοφάγον καί τήν ἀνάπτυξιν οἰσοφαγίτιδος. Τό ἄλγος εἶναι συνεχές ἀλλ' αὐξομειοῦται εἰς ἔντασιν, ἐπιτείνόμενον ἀ-



μέσως μετά την λήψιν τροφής.

β) *Οί έμετοι* δεύτερον εις συχνότητα σύμπτωμα παρατηρήθησαν εις 13 εκ των ασθενών, ήτοι εις ποσοστόν 65%. Ήσαν αυτόματοι ή προκαλούντο υπό των ιδίων των ασθενών και άνεκούφιζον αυτούς μερικώς εκ του άλγους. Περιείχον συνήθως χολήν και ένίοτε χολήν αναμεμιγμένην μέ τροφάς.

γ) *Η άπώλεια βάρους* άνεφέρθη υπό 12 εκ των ασθενών, ήτοι παρατηρήθη εις ποσοστόν 60%. Έκυμάνθη από 6 έως 25 Kgr* και ήτο αποτέλεσμα μάλλον της άρνήσεως των ασθενών νά λάβουν τροφήν εκ του φόβου έπιτάσεως του άλγους και κατά δεύτερον λόγον των συχνών έμέτων.

ΠΙΝΑΞ II. Πίναξ δεικνύων τά στοιχεία και τά κλινικά και έργαστηριακά εύρήματα των ήμετέρων περιπτώσεων.

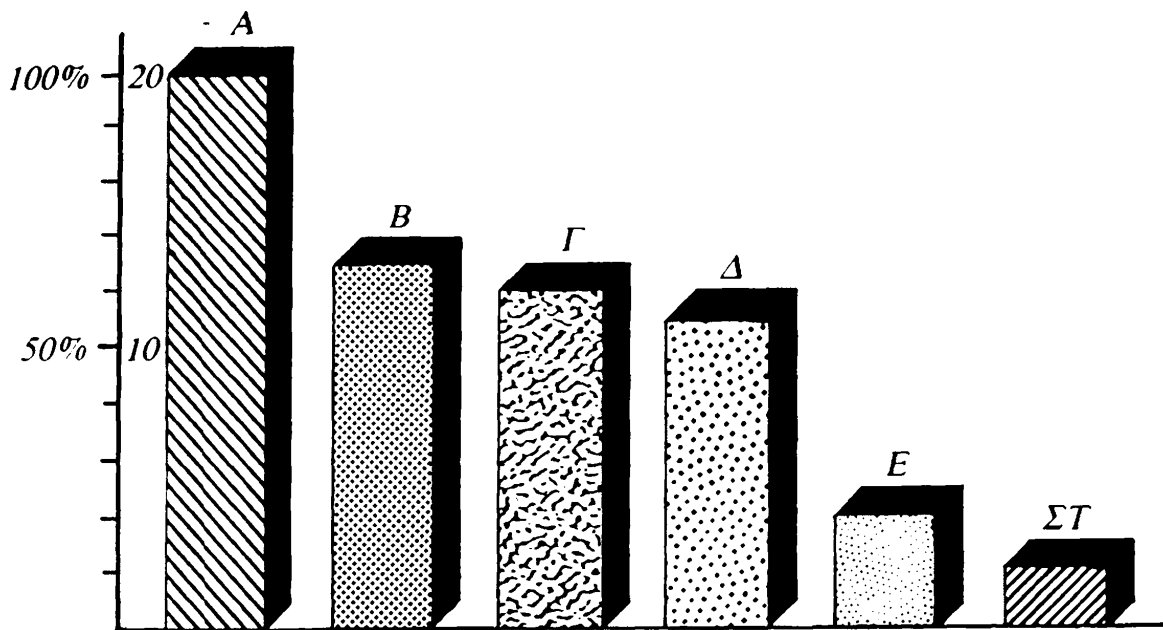
Α/ΑΦΥΛΟΝ ΗΛΙΚΙΑ	ΠΡΩΤΗ ΕΠΕΜΒΑΣΙΣ	ΕΝΑΡΞΙΣ ΕΝΟΧ/ΤΩΝ	ΑΛΓΟΣ	ΧΟΛΩΔΕΙΣ ΕΜΕΤΟΙ	ΟΠΙΣΘΟ- ΣΤΕΡΝΙΚΟΣ	ΑΝΑΙΜΙΑΔΥΣΦΑΓΙΑΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ	ΑΚΤ/ΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	ΕΝΔΟΣ/ΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ		
1 Γυνή-56	Γ/Β _{II}	ΑΜΕΣΟΣ	+	-	+	-	+	-	ΑΓ/ΟΙΣ I	
2 Γυνή-53	Γ/Β _{II}	8 έτη	+	+	-	-	-	12 kg*	-	ΑΓ
3 Άνθρ-53	ΣΒ/ΤΕΑ	4 έτη	+	-	+	-	+	-	-	ΑΓ/ΟΙΣ II
4 Άνθρ-53	ΣΒ/Π/Nissen	ΑΜΕΣΟΣ	+	-	+	-	-	9 kg*	-	ΑΓ/ΟΙΣ I
5 Άνθρ-47	Γ/Β _{II}	4 έτη	+	+	-	-	-	8 kg*	-	ΑΓ
6 Άνθρ-50	ΣΒ/Π	1 έτος	+	+	+	-	-	15 kg*	-	ΑΓ/ΟΙΣ I
7 Άνθρ-68	ΣΒ/ΤΕΑ	4 μήνες	+	+	+	+	+	10 kg*	ΣΤ.ΟΙΣΟΦ	ΑΓ/ΟΙΣ III
8 Άνθρ-50	ΣΒ/ΤΕΑ	ΑΜΕΣΟΣ	+	+	+	-	-	6 kg*	-	ΑΓ/ΟΙΣ I
9 Άνθρ-65	Γ/Β _{II}	10 έτη	+	+	+	-	-	-	-	ΑΓ/ΟΙΣ I
10 Γυνή-36	ΣΒ/Αν/Β _{II}	3 μήνες	+	+	-	-	-	15 kg*	-	ΑΓ
11 Άνθρ-48	Γ/Β _{II}	6 μήνες	+	+	-	-	-	25 kg*	-	ΑΓ
12 Άνθρ-60	ΣΒ/Π	16 έτη	+	-	+	+	+	-	-	ΑΓ/ΟΙΣ I
13 Γυνή-46	ΣΒ/ΤΕΑ	3 μήνες	+	+	-	-	-	9 kg*	-	ΑΓ
14 Άνθρ-46	Γ/Β _{II}	15 έτη	+	-	+	-	-	-	-	ΑΓ/ΟΙΣ I
15 Άνθρ-46	Γ/Β _{II}	2 μήνες	+	+	-	-	-	-	-	ΑΓ
16 Άνθρ-48	Γ/Β _{II}	15 έτη	+	-	-	-	-	-	-	ΑΓ
17 Άνθρ-72	Γ/Β _I	2 έτη	+	+	-	-	-	10 kg*	-	ΑΓ
18 Γυνή-56	ΣΒ/Π	1 μήνα	+	+	-	-	-	6 kg*	-	ΑΓ
19 Άνθρ-63	Γ/Β _{II}	ΑΜΕΣΟΣ	+	+	-	-	-	25 kg*	ΔΙΑΦ/ΛΗ	ΑΓ/ΟΙΣ I
20 Γυνή-56	Γ/Β _{II}	2 μήνες	+	-	+	-	-	25 kg*	ΔΙΑΦ/ΛΗ	ΑΓ/ΟΙΣ I

Γ = γαστρεκτομή
ΓΕΑ = γαστρεντεροαναστόμωσις
Π = πυλωροπλαστική
Β_{II} = Billroth II
Β_I = Billroth I

Σ.Β. = στελεχειαία βαγοτομή
Αν = άντρεκτομή
ΑΓ = άλκαλική γαστρίτις
ΟΙΣ I ή II ή III = οίσοφαγίτις σταδίου I ή II ή III



ΠΙΝΑΞ III



Ένοχλήματα

A = πόνος	20 - 100%
B = έμετοι	13 - 65%
Γ = απώλεια βάρους	12 - 60%
Δ = όπισθοστερνικός καῦσος	11 - 55%
E = δυσφαγία	4 - 20%
ΣΤ = αναιμία	2 - 10%

δ) Ὁ όπισθοστερνικός καῦσος ανέφέρθη υπό 11 ασθενών ήτοι παρετηρήθη εἰς ποσοστόν 55%. Ἐπί δύο ασθενών ὁ καῦσος ἐπεκτείνεται καθ' ὅλον τό μήκος τοῦ οἰσοφάγου. Σημειοῦται ὅτι εἰς τούς ασθενεῖς οἱ ὅποιοι ανέφερον ὡς ἓν ἐκ τῶν ἐνοχλημάτων τόν καῦσον καί μόνον εἰς αὐτούς, ἀνευρέθησαν ἐνδοσκοπικῶς ἀλλοιώσεις οἰσοφαγίτιδος, σταδίου I ἕως III.

Δυσφαγία παρετηρήθη ἐπί 4 ασθενῶν, αναιμία δέ ἐπί 2 ἐξ αὐτῶν. Ἔτερα μή ἀξιολογούμενα ἐνοχλήματα ανέφέρθησαν υπό ἐνίων ασθενῶν ὡς τό βράγχος φωνῆς, ἡ ἐπίμονος λαρυγγίτις καί αἱ ἐπανειλημένα βρογχίτιδες.

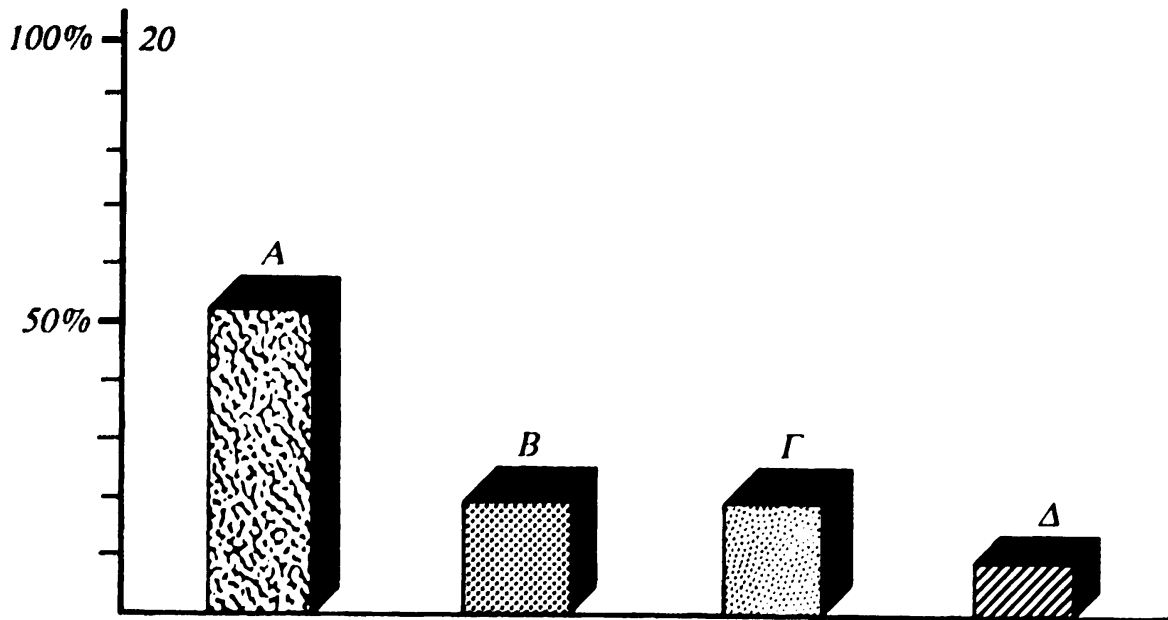
Προηγηθεῖσαι ἐπεμβάσεις (πίναξ IV)

Δεκαεπτὰ ἐκ τῶν ασθενῶν αὐτῆς τῆς σειρᾶς εἶχον ὑποβληθῇ πρό τῆς ἡμετέρας εἰς μίαν ἐπέμβασιν, ἀνά εἰς δέ εἰς δύο, τρεῖς καί τέσσερας. Ἡ συχνότης ἐμφανίσεως τοῦ συνδρόμου ἐν σχέσει πρός τόν προηγηθέντα τύπον ἐπεμβάσεως εἶχεν ὡς κάτωθι:

- 1) Γαστρεκτομή καί ἀναστόμωσις τύπου Billroth II ἐπί 11 ασθενῶν ἡ ποσοστοῦ 55% ἐξ αὐτῶν.
- 2) Στελεχιαία βαγοτομή καί γαστρεντεροαναστόμωσις ἐπί 4 ασθενῶν ἡ ποσοστοῦ 20%.
- 3) Στελεχιαία βαγοτομή καί πυλωροπλαστική ἐπί 4 ασθενῶν ἡ ποσοστοῦ 20%.
- 4) Γαστρεκτομή καί ἀναστόμωσις τύπου Billroth I ἐπί 1 ἀσθενοῦς ἡ ποσοστοῦ 5%.



ΠΙΝΑΞ IV



Προηγούμενες επεμβάσεις

A = Γαστρεκτομή καί Billroth II	11 - 55%
B = Στελ. Βαγοτομή καί ΓΕΑ	4 - 20%
Γ = Στελ. Βαγοτομή καί πυλωροπλαστική	4 - 20%
Δ = Γαστρεκτομή καί Billroth I	1 - 5%

Προεγχειρητικός έλεγχος.

“Απαντες οί άσθενείς ήλέχθησαν διά μακρόν προεγχειρητικώς. Ή λήψις έπιμελοϋς ιστορικού καί ή λεπτομερής κλινική εξέτασις άπετέλεσαν τήν βάση διά νά τεθῇ ή διάγνωσις τοϋ κλινικού συνδρόμου τής άλκαλικής γαστρίτιδος. Άκτινολογικός έλεγχος οίσοφάγου-στομάχου έγένητο εις άπαντας τούς άσθενείς. Εις δύο έξ αϋτών διεπιστώθη κατ' έπολίσθησιν διαφραγματοκήλη, εις ένα δέ στένωσις τής κατωτέρας μοίρας τοϋ οίσοφάγου. Ένδοσκοπήσις οίσοφάγου, στομάχου έγένητο τουλάχιστον άπαξ εις ένα έκαστον τών άσθενών. Εις όλους καί εις βαθμόν διάφορον όσον άφορά τήν βαρύτητα καί τήν έκτασιν τών βλαβών, παρετηρήθησαν άλλοιώσεις άλκαλικής γαστρίτιδος, εις έντεκα δέ άλλοιώσεις οίσοφαγίτιδος, άπό τής άπλής ύπεραιμίας (στάδιον I) μέχρι τής οϋλώδους στενώσεως (στάδιον III).

Κατά τήν κρίσιν τοϋ ένδοσκοπού ελήφθησαν βιοψίαι προεγχειρητικώς επί έπτά άσθενών. Αί βλάβαι ήσαν αϋταί τής άτροφικής γαστρίτιδος.

Έπί δυσχερείας διαφορικής διαγνώσεως μεταξύ άλκαλικής γαστρίτιδος καί άναστομωτικού έλκους ήλέχθη ή μεγίστη έκκριτική ίκανότης τοϋ στομάχου δι' Histalong (ϋδροχλωριοϋχος βεταζόλη). Αί μετρήσεις έδειξαν ϋποχλωρυδρίαν ή άχλωρυδρίαν.

Μετά τήν επιβεβαίωσιν τής διαγνώσεως οί άσθενείς ύπεβλήθησαν εις συντηρητικήν θεραπείαν δι' άντιοξίνων, primperan, Questran καί επί χρονικών διάστημα 8 μηνών έως I καί πλέον έτους. Τά άποτελέσματα ύπῆρξαν άπογοητευτικά. Ή άνακούφισις έκ τών ένοχλημάτων, εάν παρετηρήθη, ύπῆρξεν πρόσκαιρος καί οί άσθενείς επιζητούσαν τήν χειρουργικήν θεραπείαν.

Προεγχειρητική αγωγή και μετεγχειρητική παρακολούθησις:

Οί ασθενείς εισήγοντο εις τό Νοσοκομείον δύο ημέρας πρό της ἐγχειρήσεως. Οὐδείς ὑπεβλήθη εις ειδικήν προεγχειρητικήν αγωγήν. Δεκαοκτώ ἐκ τῶν ἀσθενῶν ὑπέστησαν ἀναστόμωσιν κατά Roux-Y, ὡς ἔχει τροποποιηθῇ ὑφ' ἡμῶν καί δύο ὑπεβλήθησαν εις ἐγχείρησιν τύπου Henley πρὸς ἀποφυγὴν τοῦ συνδρόμου «μικροῦ στομάχου».

Μετεγχειρητικῶς ἅπαντες ἔφερον ρινογαστρικόν σωλῆνα, ὁ ὁποῖος ἀφαιρεῖτο κατὰ μέσον ὅρον τὴν 4ην μετεγχειρητικήν ἡμέραν. Εἰς οὐδένᾳ παρετηρήθη ὑπερβολικὴ κατακράτησις ὑγρῶν ἐντός τοῦ στομάχου καί οὐδείς ἐνεφάνισεν φαινόμενα «δυσλειτουργίας τῆς ἀπιούσης ἑλικος». Τό αὐτό χρονικόν διάστημα οἱ ἀσθενεῖς ἐλάμβανον ἀναλόγως τῶν ἀναγκῶν ὑγρά καί ἠλεκτρολύτας, προσέτι δέ 30 mg Primperan ἡμερησίως διηρημένο εις τρεῖς δόσεις (ampules Primperan 1 × 3 ἐνδομυϊκῶς ἢ ἐνδοφλεβίως).

Μετά τὴν ἀφαίρεσιν τοῦ ρινογαστρικοῦ σωλῆνος ἐσιτίζοντο διὰ στερεᾶς ἢ πολτώδους τροφῆς καί ἐντός τριῶν ἡμερῶν ἐλάμβανον πέντε μικρά γεύματα ἡμερησίως, ὡς οἱ ὑποβαλλόμενοι εις ἐγχείρησιν διὰ γαστροδωδεκαδακτυλικόν ἑλκος. Εἶναι ἐντυπωσιακόν καί σημειοῦται ἰδιαιτέρως ὅτι οἱ ἀσθενεῖς ἀπηλλάσσοντο τῶν προεγχειρητικῶν ἐνοχλημάτων ἀμέσως μετά τὴν ἀφαίρεσιν τοῦ ρινογαστρικοῦ σωλῆνος καί ἀπὸ τοῦ πρώτου γεύματος.

Ἐξήρχοντο τοῦ Νοσοκομείου τὴν 9ην συνήθως μετεγχειρητικήν ἡμέραν λαμβάνοντες ὁδηγίαν διὰ τό εἶδος καί τὸν τρόπον λήψεως τῶν γευμάτων, ὡς καί τὴν ἐντολήν ὅπως λαμβάνουν 5 mg primperan πρὸ ἐκάστου τῶν τριῶν κυρίων γευμάτων ἐπὶ τριάκοντα ἡμέρας. Ἄπαντες οἱ ἀσθενεῖς εἶναι ἐν ζωῇ καί εὐρισκόμεθα εις διαρκὴ μετ' αὐτῶν ἐπικοινωνίαν. Οὐδείς αἰτιᾶται δι' οἰοδήποτε ἐνόχλημα, ἅπαντες δέ ἀνέκτησαν τό ἀπωλεσθέν βάρος. Δειγματοληπτικαὶ ἐνδοσκοπήσεις ἀπέδειξαν τὴν ἀποκατάστασιν τῶν μακροσκοπικῶν προεγχειρητικῶν βλαβῶν κατὰ τὸν οἰσοφάγον ἢ τό γαστρικόν κολόβωμα, εις οὐδένᾳ δέ παρετηρήθη παλινδρόμησις χολῆς πρὸς τὸν στόμαχον.

ΣΧΟΛΙΑ:

Ἡ ἀλκαλικὴ γαστρίτις ἀποτελεῖ σοβαρόν μετεγχειρητικόν πρόβλημα, τό ὁποῖον ἀπησχόλησεν ἀσθενεῖς καί χειρουργούς ἐπὶ πολλάς δεκαετίας. Καίτοι ἀνεγνωρίσθη ὡς ἰδιαίτερα κλινικὴ ὄντοτης πρὸ ὀλίγων μόλις ἐτῶν (Du Plessis 1962), μεμονωμένα συμπτώματά της παρετηρήθησαν καί περιεγράφησαν ὑπὸ πολλῶν (Wolfler 1881, Billroth 1885).

Εἶναι μετεγχειρητικὴ ἐπιπλοκὴ κυρίως τῶν ἐπεμβάσεων ἐπὶ τοῦ στομάχου, ἐσχάτως δέ περιεγράφη καί ἐπὶ μὴ χειρουργηθέντων, ὡς καί κατόπιν χολοκυστεκτομῆς. Ἡ δυναμικὴ ἀντιμετώπισις τῆς διὰ χειρουργικῶν μέσων, προσετέθη εις τό ἱατρικόν ὅπλοστάσιον κατὰ τὰς δύο τελευταίας δεκαετίας, δεδομένου ὅτι προηγουμένως μεγάλη ἀσάφεια ἐπεκράτει ὡς πρὸς αὐτὴν καί ἀντιμετωπιζέτο ὡς μέρος τοῦ καλουμένου συνδρόμου τῆς προσιούσης. Ἡ συντηρητικὴ ἀντιμετώπισις, ἀνεξαρτήτως βαθμοῦ βαρύτητος, δέν ἀπέφερεν δυστυχῶς ἱκανοποιητικὰ ἀποτελέσματα, οὕτως ὥστε νὰ ἀποτελῇ γενικὴν πεποίθησιν ὅτι ἡ χειρουργικὴ θεραπεία ἀποτελεῖ τὴν μέθοδον ἐκλογῆς.

Ἀφ' ὅτου ἡ ἀνωτέρω ἀντίληψις ἐγένετο καθολικὰ παραδεκτὴ ὑπὸ τοῦ ἱατρικοῦ κόσμου, περιεγράφησαν πλείσται μέθοδοι στοχεύουσαι εις τὴν ἀντιμετώπισιν αὐτῆς. Ἀτυχῶς πολλάι ἐκ τούτων δέν ἀπέδωσαν τὰ προσδοκώμενα ἀποτελέσματα. Σήμερον ἡ χρῆσις ἀπομονωθείσης ἑλικος νήστιδος κατὰ Roux-Y ἀποτελεῖ τὴν μέθοδον ἐκλογῆς.

Εἰς τὴν ἡμετέραν κλινικὴν ἀντιμετωπίσαμε κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς τελευταίας ἐτίας εἴκοσι περιπτώσεις δευτεροπαθοῦς ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος μετὰ ἀπὸ ἐπεμ-



βάσεις επί του στομάχου. Εἰς τὰς 18 ἐξ αὐτῶν ἐχρησιμοποιήθη νησιδική ἑλιξ κατὰ Roux – Υ εἰς 2 δέ ἐφηρμόσθη ἡ μέθοδος Henley. Ἡ ἡμετέρα τεχνική ἀποτελεῖ τροποποίησιν τῆς κλασσικῆς Roux – Υ, συνίσταται δέ εἰς τὴν χρῆσιν ἑλικος παρασκευαζομένης δι' ἀπλῆς ἀπολινώσεως καὶ διαιρέσεως τοῦ ἀγγειακοῦ τόξου (ἐπιχειλίοι κλάδοι), ἄνευ διαιρέσεως νησιδικῶν ἀρτηριακῶν στελεχῶν.

Προηγηθεῖσαι ἐπεμβάσεις εἰς τὴν ἡμετέραν κλινικὴν κατὰ τὰς ὁποίας ἐχρησιμοποιήθη ἡ κλασσικὴ τεχνικὴ τῆς παρασκευῆς τῆς ἑλικος κατὰ Roux, μέ διαίρεσιν νησιδικῶν ἀρτηριακῶν στελεχῶν, ἔδωσαν καὶ εἰς χεῖρας μας ὑψηλὸν ποσοστὸν ἐπιπλοκῶν (πίλημα – δυσλειτουργία τῆς ἑλικος) ὡς ἀναφέρεται καὶ ὑπὸ τῶν Clark Boren καὶ Lawrence Way 1980, Andrew I. Warshaw 1979.

Αἱ ἀνωτέρω ἐπιπλοκαὶ μᾶς ἐπροβλημάτισαν ἐπὶ μακρόν καὶ μᾶς ὠδήγησαν εἰς τὴν σκέψιν, ὅτι ἐνδεχομένως ἡ ἐκτεταμένη ἀπολινώσις νησιδικῶν κλάδων κατὰ τὴν παρασκευὴν τῆς ἑλικος, ἀποτελεῖ τὸ κύριον αἷτιον τῆς ἐμφανίσεώς των. Ἐκ τῆς σκέψεως ταύτης ἀπεπειράθημεν τὴν τροποποίησιν τῆς μεθόδου, ὡς ἐξετέθη προηγουμένως. Ἡ ὀρθότης τῆς σκέψεώς μας ἐπιβεβαιώθη καὶ πειραματικῶς ἐπὶ κυνῶν. Διὰ τῆς τροποποιήσεως τῆς μεθόδου δέν παρατηρήθησαν αἱ περιγραφεῖσαι ἐπιπλοκαὶ τῆς κλασσικῆς Roux ἐπὶ τῶν 18 ἀσθενῶν, εἰς τοὺς ὁποίους τὰ ἀποτελέσματα κρίνονται ὡς ἱκανοποιητικά.

Ἡ μέθοδος Henley, καίτοι περιγράφεται ὑπὸ πολλῶν ὡς ἱκανοποιητικὴ, εἶναι τεχνικῶς δύσκολος, τὸ δέ ποσοστὸν ἐπιτυχίας ἀνέρχεται τελικῶς εἰς 69% περίπου (Bushkin καὶ Woodward 1976).

Ἡ κλασσικὴ μέθοδος Roux – Υ εἶναι ἀπλὴ εἰς τὴν ἐφαρμογὴν καὶ δίδει ἱκανοποιητικότερα ἀποτελέσματα τῆς Henley, ἔχει ὅμως τὸ μειονέκτημα τῆς ἐμφανίσεως γαστρικῆς στάσεως εἰς ποσοστὸν 5 – 30%.

Ἡ τροποποίησις αὐτῆς κατὰ Tanner – 19, δίδει ἴσως πλέον ἱκανοποιητικά ἀποτελέσματα, ἀλλ' εἶναι πλέον ἐκτεταμένη τεχνικῶς, καθ' ὅσον περιλαμβάνει μίαν εἰσέτι ἀπομόνωσιν.

Ἐκ τῶν ἀνωτέρω γίνεται κατανοητὸν ὅτι ἡ ἡμετέρα τροποποίησις καθιστᾷ τὴν μέθοδον Roux – Υ πλεονεκτικὴν ἐναντι τῶν ἄλλων, καθ' ὅτι δίδει λίαν ἱκανοποιητικά ἀποτελέσματα, εἶναι ἐλευθέρᾳ ἐπιπλοκῶν καὶ ἀπλουστέρα τεχνικῶς τῆς κλασσικῆς Roux – Υ. Δέν διατεινόμεθα ὅτι περιγράφομεν ἰδίαν μέθοδον. Τονίζομεν ὅμως τὴν σπουδαιότητα ἀποφυγῆς ἀπολινώσεων καὶ διαιρέσεων τῶν νησιδικῶν ἀγγειακῶν κλάδων, εἰς τοῦτο δέ ὀφείλεται καὶ ἡ ἑλλειψὶς ἐπιπλοκῶν. Εἰς τὸ σημεῖον τοῦτο πρέπει νά τονισθῇ ὅτι ἐπιβάλλεται ἡ λεπτομερὴς καὶ ἐπισταμένη προεγχειρητικὴ ἀξιολόγησις τῶν ἀσθενῶν, τόσον διὰ λεπτομεροῦς λήψεως ἱστορικοῦ, ὅσον καὶ δι' ἐργαστηριακῆς ἐρεῦνης, δεδομένου ὅτι καὶ ἄλλαι παθήσεις παρουσιάζουν ἀνάλογα ἐνοχλήματα καὶ εἶναι αὐτονόητον ὅτι μία ἄστοχος ἐπέμβασις δυνατόν νά ἔχῃ ὀλέθρια ἀποτελέσματα.

Ἡ χρῆσις νησιδικῆς ἑλικος κατὰ Roux – Υ, εἶναι μέθοδος εὐκόλος τεχνικῶς καὶ ἐφαρμοζομένη ὀρθῶς δύναται νά δώσῃ ἱκανοποιητικά ἀποτελέσματα εἰς χεῖρας ὄλων τῶν χειρουργῶν. Δέν ἀπαιτεῖται ἰδιαιτέρα χειρουργικὴ ἱκανότης. Δυνάμεθα ὡς ἐκ τούτου νά ὑποστηρίξωμεν, τόσον ἐκ τῆς ἡμετέρας πείρας, ὅσον καὶ ἐκ τῶν πειραματικῶν ἀποτελεσμάτων, ὅτι αὕτη ἀποτελεῖ τὴν μέθοδον ἐκλογῆς εἰς τὴν ἀντιμετώπισιν τοῦ δυσκόλου προβλήματος τῆς ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος.

Ἡ ἐμπειρία μας συνίσταται εἰς τὴν ἀντιμετώπισιν 18 περιπτώσεων. Τὰ ἀποτελέσματα ὑπῆρξαν ἱκανοποιητικά εἰς 17 ἐξ αὐτῶν, ἑξὶ μῆνας ἕως ἑξὶ ἔτη μετὰ τὴν διορθωτικὴν ἐπέμβασιν. Πιθανῶς ὀριστικά συμπεράσματα νά ἀπαιτήσουν μεγαλύτερον χρόνον μετεγχειρητικῆς παρακολουθήσεως, πλὴν ὅμως τὰ μέχρι τοῦδε ἀγαθὰ ἀποτελέσματα δικαιολογοῦν αἰσιοδοξίαν διὰ τὴν ἐπιτυχίαν τῆς μεθόδου.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- 1) Ἡ θεραπεία ἐπιλογῆς τῆς ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος εἶναι ἡ χειρουργικὴ τοιαύτη.
- 2) Ἡ ἐπιλογή τῶν πρὸς ἐγχείρησιν ἀσθενῶν στηρίζεται εἰς τὴν λεπτομερῆ ἀξιολόγησιν τῶν συμπτωμάτων, ἐπιβεβαιοῦται δέ διὰ τοῦ κλινικοῦ καὶ ἐργαστηριακοῦ ἐλέγχου.
- 3) Ἐκ τῶν προτεινομένων μεθόδων ἡ χρῆσις νηστιδικῆς ἑλικος κατὰ Roux-Y. δίδει τὰ ἱκανοποιητικότερα ἀποτελέσματα.
- 4) Ἐκτεταμένοι διαιρέσεις νηστιδικῶν ἀγγειακῶν κλάδων κατὰ τὴν παρασκευὴν τῆς ἑλικος Roux δύνανται νὰ ὁδηγήσουν εἰς δυσλειτουργίαν αὐτῆς, σχηματισμὸν πηλμάτων ἢ ἀμφότερα.
- 5) Ἡ χρῆσις ἑλικος παρασκευαζομένης ἄνευ διαιρέσεως νηστιδικῶν ἀγγειακῶν κλάδων ἐξασφαλίζει ἱκανοποιητικὴν αἱματικὴν ροὴν εἰς αὐτὴν καὶ ἀποφυγὴν τῶν ἐκ στάσεως ἐπιπλοκῶν.
- 6) Ἡ χρῆσις ἑλικος κατὰ τὴν ἡμετέραν τροποποίησιν εἶναι εὐκόλος τεχνικῶς καὶ δύναται νὰ ἐφαρμοσθῇ εἰς οἵανδήποτε χειρουργικὴν κλινικὴν.
- 7) Στερεῖται σοβαρῶν ἐπιπλοκῶν καὶ ἔχει ἄριστα ἀποτελέσματα. Ἀποτελεῖ ὥς ἐκ τούτου τὴν μέθοδον ἐπιλογῆς διὰ τὴν ἀντιμετώπισιν τῆς ἀλκαλικῆς γαστρίτιδος.



SUMMARY

ON THE SURGICAL TREATMENT OF THE OF THE ALKALINE GASTRITIS

Suggestions for the improvement of the surgical technique to avoid post – operative complications

By S. ZAMTRAKIS.

From the 3rd Surgical Unit

TZANION HOSPITAL OF PIRAEUS.

Head: Professor G. AVLAMIS.

Alkaline gastritis is a clinical entity mainly complicating gastric surgery and it is characterized by epigastric pain, nausea and or bilious vomits and weight loss.

It is estimated that 2 or 3 per cent of patients submitted to peptic ulcer surgery have to be reoperated upon for the treatment of the emerged alkaline gastritis.

During the last six years in the 3rd Surgical Unit of Tzanion Hospital of Piraeus 20 patients have been submitted to operation for the treatment of alkaline gastritis complicating gastric surgery.

It is our practice to employ a jejunal loop prepared without extended vascular divisions which secures satisfactory blood flow in the isolated loop, thus avoiding complications due to stasis. So far our results have been excellent. Our conclusions have as following:

The choise treatment of the alkaline gastritis is the surgical one.

The selection of patiens to undergo the surgical treatment is mainly based upon the meticulous evaluation of the symptoms and it is confirmed by clinical examination and laboratory tests.

Amongst the various surgical techniques in common practice, the use of a Roux-en-Y jejunal loop enjoys the most satisfactory results. However extended divisions of vascular branches during the preparation of thw isolated loop might result to a malfunction, bezoar or both.

Our modification however does not carry the above drawbacks. It is easy to perform and the average surgeon might employ this without considerable technical difficulties. It gives good results and it is free of serious complications. We tend therefore to believe that it is the operation of choice for the treatment of the alkaline gastritis.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Γ.Μ. Ἀποστολάκη. Ἀνατομικὴ τοῦ Ἀνθρώπου. Τόμος 2ος (1961). Ἀγγεῖα & νεῦρα τῶν ὀργάνων τῆς κάτω κοιλίας. Σελ. 144-148. Λεπτὸ ἔντερο Σελ. 125-130.
2. P.R. ALLISON and L. Tavares sa Silva. The Roux Loop. The Brit. j. Surg. Vol. 41(1953-1954) p. 173-179.
3. M.K. Bartlett and J.D. Burriugton. Bilious Vomiting after gastric surgery. Arch Surg - Vol 97, July 1968.
4. R.S. Berardi et al. Alkaline reflux gastritis. The American j. Surgery Vol 132 Nov. 1976.
5. R.S. Berardi et al. Alkaline reflux gastritis association with abnormalitis fo the gastrojejunostomy. Int. Surg. Apr. 1979 Vol. 64(3) 55-60.
6. C.H. Boren and L.W. Way. Alkaline reflux gastritis: a reevaluation. The American j. Surg. Vol. 140 Jul. 1980.
7. C.G. Bremmer. Gastric ulcer after the Nissen fundoplication. A complication of Alkaline reflux. S.A. Medical jurnal. 28 May 1977.
8. H.L. Bockus et al. Cronic gastritis. Gastroenterology Chapter 26 part I p. 530.
9. G.L. Brooke – Cowden et al. Postgastrectomy Syndromes. The American j. Surgery Vol. 131 April 1976.
10. F.L. Bushkin et al. Postoperative alkaline reflux gastritis. Surgery, Gynec. & obstetrics June 1974 Vol. 138.
11. J.P. Chacon et al. Alkaline reflux gastritis. Surgical treatment. Arg. Gastroentevol. 1980: Jan-Mar. 17 (1) 7-12.
12. J.H. Conyers et al. The use and risks of the Roux-y anastomosis in the relief of post-gastrectomy symptoms. The Brit. j. Surg. 1960: Vol. 47 (533 p.).
13. A.M. Cooperman. Postoperative Alkaline reflux gastritis. Surg. Clinic of North America, Vol. 56, No 6 December 1976.
14. P.B. Cotton et al. Diagnostic yield of fibre-optic endoscopy in the operated stomach. Br. j. Surgery 60, 629-632.
15. E.D. Davidson, and T. Hersh. Bile reflux gastritis. The American j. Surg. Vol. 130, Nov. 1975.
16. J.P. Delaney et al. Stomal Gastritis.
17. J.P. Delaney et al. Pyloric reflux gastritis: The offending agent. Surgery, June 1975. Vol. 77 No.6, pp. 764-772.
18. H. A.M. Donovan any A. Williams. Effects of proximal gastric vagotomy and truncal vagotomy and antrectomy on gastritis, bile reflux and acid output. gut 18 A 950 (1977).
19. T. Drapanas and M. Bethea. Reflux gastritis following Gastric surgery. Ann. Surg. May 1974 Vol. 179. No 5.
20. D.J. Du Plessis. Gastric mucosal changes after operations on the stomach. S.A. Medical Jurnal. 16 June 1962.
21. D.J. Du Plessis. Pathogenesis of gastric ulceration. The Lancet May 1965 p. 974.
22. R.S. Fisher and Sidney Cohen. Pyloric-sphincter dysfunction in patiens with gastric ulcer. The New Ehg. J. Medicine. Vol. 288 No.6 Febr. 8, 1973.
23. W.P. Fung. et al. Endoscopic, histological and ultrastructural correlations in chronic gastritis. fiver. J. Gastroenterology 71(3): 269.79, Mar. 79.



24. **J.R. Gadacz and G.D. Zuidema.** Bile acid composition in patients with and without symptoms of postoperative reflux gastritis. *The Amer. J. Surgery* Vol. 135, January 1978.
25. **J.M.T. Griffiths.** The features and course of bile vomiting following gastric surgery. *Br. J. Surg.* Vol. 61 (1974) 617-622.
26. **J.M.T. Griffiths et al.** The results of reoperation for bile vomiting following surgery for peptic ulcer. *Br. J. Surg.* Vol. 61 (1974) pp. 838-843.
27. **J. F. Halvorsen and B.K.H. Semb.** The "Barrett syndrome" *Aeta Chir Scand* 141: 683-687, 1975.
28. **J. A. van Heerden et al.** Postoperative alkaline reflux gastritis. *The American J. Surg.* Vol. 118, Sept. 1969.
29. **J.A van Heerden et al.** Postoperative reflux gastritis. *The Amer. J. Surg.* Vol. 129 Jan. 1975.
30. **J.X. Herrington et al.** Surgical management of reflux gastritis. *Ann. Surg.* October 1974 Vol. 180 No.4.
31. **J.L. Herrington and B. Mody.** Total duodenal diversion for treatment of reflux esophagitis uncontrolled by repeated antireflux procedures. *Am. Surg.* June 1976. Vol. 183. No. 6.
32. **A.M. Hoave et al.** Symptomatic significance of gastric mucosal changes after surgery for peptic ulcer. *Gut* 18: 295-300 (1977).
33. **W.L. Joseph et al.** Management of postoperative alkaline reflux gastritis. *Am. Surg.* June 1973. Vol. 177 No.6 pp.655-659.
34. **T. Kennedy and R. Green.** Roux diversion for bile reflux following gastric surgery. *Br. J. Surg.* Vol. 65(1978) 323-325.
35. **E. Kivilaakso et al.** Effects of Lysolecithin on isolated gastric mucosa. *Surgery* Nov. 1978 Vol. 84 No.5.
36. **H.H. Lawson.** Effects of Duodenal contents on the gastric mucosa under experimental conditions. *The Lancet* Febr. 29, 1964 p.468(1).
37. **H.H. Lawson.** Gastritis and gastric ulceration. *Br. J. Surg.* 1966 Vol. 53 No.6 (June).
38. **H.H. Lawson.** The reversibility of postgastrectomy alkaline reflux gastritis by a Roux-en-y Loop. *Br. J. Surg.* 1972 Vol. 59 No.1 Jan.
39. **S. Mackman et al.** Postoperative reflux alkali gastritis and Esophagitis. *The Amer. J. Surg.* Vol. 121, June 1971.
40. **R. Menguy et al.** Experiences with the treatment of Alkaline reflux gastritis. *Surgery* 1980 Oct. 88(4) 482-8.
41. **W.A. Mersereau.** Gastric mucosal barrier and H⁺ back diffusion. *Surgery* March 1978 Vol. 83 No.3.
42. **H. Meshkinpour et al.** Effect of Cholestyramine on the symptoms of reflux Gastritis. *Gastroenterology*, Vol.73 No.3 1977: 441-443.
43. **H. Meshkinpour et al.** Reflux gastritis syndrome: mechanism of symptoms. *Gastroenterology* 1980 Dec. 79(6): 1283-7.
44. **J.H. Meyer.** Reflections on reflux gastritis. *Gastroenterology (Editorials)* Vol. 77 No.5 Nov. 1979.
45. **R. Miranda et al.** Surgical treatment of the postgastrectomy Dumping Syndrome. *The Amer. J. Surg.* Vol. 139 Jan. 1980.
46. **R. Mosiman et al.** Postoperative alkaline reflux gastritis; results of surgical treatment. *Scand. J. of Gastroenterology* 1981 Vol.67 (237-9).



47. **D.L. Nahrworld et al.** The effect of aural acidification on bile-induced gastric acid secretion. *Surgery Sept.* 1973 Vol.74 No.3.
48. **H.C. Pol K.** Fundoplication for reflux Esophagitis. *Am. Surg.* 1976 Vol.183 No.6.
49. **L.J. Pyrttek and S.A. Bartus.** Reflux Bile gastritis. Presented at the fifty-third Annual Meeting of the New England Surgical Society, Whitefield, New Hampshire. October 12-14 1972.
50. **W.P. Ritchie.** Influence of Vasopressin and topical bile salts on the gastric mucosal barrier of the subhuman primate *Surgery*, June 1974 Vol. 75 No.6.
51. **W.P. Ritchie.** Acute gastric mucosal damage induced by bile salts, acid, and ischemia. *Gastroenterology*. April 1975, Vol. 68 No.4.
52. **W.P. Ritchie.** Bile acids, gastric mucosal barrier, reflux related disorders. *Surgery* August 1977 Vol. 82 No.2.
53. **W.P. Ritchie.** Alkaline Reflux Gastritis. *Ann. Surg.* September 1980 Vol. 192 No.3.
54. **W.P. Ritchie.** Role of bile acid reflux in acute hemorrhagic gastritis. *World j. of Surgery* 1981, Mar. 5(2) 181-7.
55. **W.P. Ritchie.** Postoperative alkaline reflux gastritis: a prospective clinical study of etiology and treatment. *Scand. j. of Gastroenterology* 1981; 67(233-5).
56. **J.W. Roberts and W. J. Hardin.** Postoperative bile gastritis. *Surgical clinics of North Am.* Vol. 59 No.5 October 1979.
57. **P.L. Robbins et al.** Reflux gastritis. *The American J. of Surgery*. Vol. 131. Jan.1976.
58. **J.L. Sawyers et al.** Remedial operation of alkaline reflux gastritis and associated postgastrectomy syndromes. *Arch Surg.* Vol. 115 April 1980.
59. **K. Schulze-Delrieu.** Metoclopramide. *Gastroenterology*. Vol. 77, No.4. Part 1.
60. **J.M. Skinner et al.** Atrophic gastritis in gastrectomy specimens. *Br. J. Surg.* Vol.62 (1975) pp.23-25.
61. **Sleisenger - Forelivan.** Gastrointestinal disease. Gastritis (C. H. Jeffvies). Vol.1 p.p. 733-743.
62. **R.D. Tolin et al.** Enterogastric reflux in Normal subjects and patients with Billroth II Gastroenterostomy. *Gastroenterology* Vol.77 No.5 p.p. 1027-1033.
63. **F. Tonelli et al.** Evaluation of "alkaline" reflux esophagitis after total gastrectomy in Henley and Roux-Y reconstructive procedures. *World J. Surg.* Vol.2 No.2 March 1978 p.p. 233-237.
64. **K.I. Τούντα.** Χειρουργική 1977. 'Επιπλοκαί τῶν ἐγχειρήσεων ἐπὶ τοῦ στομάχου. Τόμος 3ος σελίς 331-338.
65. **D.K.M. Toye.** Post.gastrectomy bile vomiting. *The Lancet* Sept. 1965 p.524.
66. **E. Walford Gillison et al.** The significance of bile in reflux esophagitis. *Surg. Gynec. obstetrics*. March 1972 Vol. 134 p. 419.
67. **A.L. Warshaw.** Bile gastritis without prior gastric surgery. *The American J. Surgery* Vol. 137 April 1979.
68. **A.L. Warshaw.** Bile reflux: cured or caused by cholecystectomy. *Gastroenterology* Vol. 77 No. 4 part 1.
69. **A.W. Weaver et al.** Surgical management of severe reflux esophagitis. *The American J. Surgery*. Vol. 119 January 1970.
70. **G. Wickbom et al.** Alkaline reflux esophagitis *Surg., Gynec., Obst.* August 1974 Vol. 139 p.267.



MBHTA
medical arts



εταιρεια ιατρικων
γραφικων τεχνων
τηλεφωνο:6714371

Αδριανείου 3 & Κατεχάκη Νέο Ψυχικό

