



Baština Akademije nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine

RADOVI I, knj. 1.

Kovačević, Blagoje

1953

Akademija nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine

<https://bastina.anubih.ba/items/5c979bc8-794c-4edf-83cb-2dcc74436c3a>

Preuzeto s Baštine Akademije nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine

<https://bastina.anubih.ba/>

NAUČNO DRUŠTVO NR BOSNE I HERCEGOVINE
ODJELJENJE MEDICINSKIH NAUKA
SOCIETAS SCIENTIARUM BOSNAE ET HERCEGOVINAE
SECTIO SCIENTIARUM MEDICINAE

RADOVI
ACTA

I



SARAJEVO
1953

PROBLEMI ULKUSNE BOLESTI

(sa hirurškog stanovišta)

M. Kostić

Naše znanje o postanku i razvoju ulkusne bolesti poraslo je znatno tokom ovog veka. Anatomske i kliničke studije, pored nepreglednog broja oglednih radova, mogle su da osvetle mnoga tamna mesta u patogenezi ovog obolenja, ali nisu uspele da reše problem ulkusa u celini. Pravi, odnosno primarni uzroci ove bolesti nisu još uvek tačno poznati. Mesto jasne etiologije postoje samo teorije, koje svaka na svoj način, ističući jedan ili drugi uzročni faktor iznad ostalih, tumače pojavu ulkusne bolesti.

Što se tiče operativne terapije gastroduodenalnog ulkusa, ni u krugu samih hirurga ne postoji puna saglasnost. Diskusija o indikacijama i o izboru hirurških metoda lečenja nije posve skinuta sa dnevnog reda. Uvođenjem novih metoda izbor nije postao lakši. Posebno kod slučajeva perforacije i masivnog krvavljenja iz ulkusa, stav hirurga nije dovoljno preciziran. Ima još i drugih spornih pitanja iz oblasti ulkusne bolesti koja čekaju na konačni odgovor.

Nemam nameru da u daljem izlaganju iznesem sva novija saznanja iz patologije i terapije ulkusne bolesti nego da se na osnovu sopstvenog iskustva osvrnem na izvesne aktuelne probleme sa gledišta praktičnog hirurga. Tako isto odričem se obimnijeg citiranja statistika, ma da neke od ovih brojeva na hiljade posmatranih i operisanih slučajeva ulkusa. Sastavljene često po različitim principima i još češće na osnovu nejednakog materijala, ovakve statistike nemaju velike praktične vrednosti, jer se i po brojevima i po zaključcima poneki put bitno razlikuju. Samo nekoliko statističkih podataka merodavnih autora, koliko je već potrebno za bolje razumevanje ovog problema, uzeto je ovde u obzir.

Imajući u vidu da se ulkus pojavljuje ponajčešće kod mlađeg sveta pretežno kod muških, u doba najveće aktivnosti i stvaranja, te da traje godinama, i da se relativno često komplikuje, ovo obolenje predstavlja pored ostalog i socijalno ekonomski problem, te i sa te strane zaslužuje našu punu pažnju.

U pogledu frekvencije ulkusne bolesti može se slobodno reći da otprilike svaki petnaesti muškarac ima ili je imao znake ulkusa.

Opšti je utisak da je od prvog svetskog rata na ovamo, ulkus znatno učestao, što se ne bi moglo objasniti isključivo savršenijim dijagnostičkim metodama. Po mišljenju autora koji su se detaljnije bavili tim pitanjem, taj porast u frekvenciji ulkusne bolesti penje se navodno do 30%, što je vrlo verovatno, iako je to statistički teško dokazati. Ali ono što je nesumnjivo utvrđeno, to je pomeranje u brojnom odnosu želudačnog i duodenalnog ulkusa. Dok je pre poslednjih ratova taj odnos bio 1:3, danas se računa da je ulkus dvanaestopalačnog creva sedam puta, ako ne i više, češći od stomaćne grizlice. Biće da su prema današnjem shvatanju razni duševni potresi (prevelike odgovornosti, brige, strahovanja, uzbuđljiva preživljavanja i dr.) a pored toga loša i oskudna hrana, ukratko duševni i telesni naponi kojima je svet bio izložen za vreme poslednjih teških ratova, razlog učestaloj pojavi ulkusa. Od kako je D R A G - S T E D T ponovo uveo presecanje oba vagusa kao metodu lečenja ulkusa, još se više naglašava psihosomatski karakter ulkusne bolesti.

Da bi mogli bolje razumeti kako su se u svetlosti sve boljeg saznanja u genezi ulkusnog obolenja menjale tokom vremena interne i hirurške metode lečenja, držim, da neće biti na odmet jedan kratak osvrt na najvažnije etiološke teorije čija vrednost ni do danas nije posve osporena.

CRUVEILHEER je još pre sto godina nazirao da bi gastritis mogao biti uzrokom stomaćne grizlice. Ali ova hipoteza ostala je sve do skoro nezapazena.

Teorija **VIRCHOV**-a (1865 god.) po kojoj ulkus nastaje usled patoloških promena krvnih sudova i sledstvenog dejstva stomaćnog soka, nije se mogla posve održati iz prostog razloga što je ulkus ponajčešće bolest mladih osoba kod kojih se izuzetno retko nalaze sklerotične promene arterije, embolije, tromboze i dr.

BERGMANN-ova spazmogena teorija (1913 god.), objašnjava, kako je poznato, poremećaje u ishrani stomaćne sluznice vazokonstrukcijom nervnog porekla. Funkcija vegetativnog nervnog sistema (V N S), poglavito u smislu hipertoničnosti vagusa, izaziva pored ostalog i lokalne grčeve želudačnog zida, koji ako duže traju ili se češće ponavljaju mogu putem ishemijske da umanje vitalnu otpornost sluznice prema korozivnom dejstvu želudačne kiseline i prouzrokuju stvaranje ulkusa. Pozitivne rezultate mnogobrojnih eksperimenata koji idu u prilog ove teorije, ne bi smeli da precenjujemo. Izvršeni pod veštačkim uslovima, kakvi ne postoje u patologiji čoveka, šta više i posve oprečni ogledi, imali su često isti efekat t. j. pojavu ulkusa.

Zasnovana prvenstveno na kliničkom iskustvu **BERGMANN**-ova teorija, ma da nije u celini priznata, ima nesumnjivo svoje pozitivne strane. Ovaj autor je prvi otvoreno tvrdio da funkcionalni poremećaji u oblasti nervnog sistema mogu izazvati organske lezije i da ulkus nije isključivo lokalna bolest. Njegova je teorija dovela do saznanja da je dotadanja stroga podela želudačnih obolenja na stomaćne neuroze i organske bolesti (gastritis, ulkus i dr.) bila često dijagnostička greška, jer upravo lica sa labilnim nervnim sistemom i znacima opšte nerвозe, koja uz to pate od želuca, ili imaju već ulkus ili su kandidati za tu bolest. Od tog vremena dijagnoze želudačnih neuroza postale su stvarno vrlo retke.

Gastritična teorija (**KONJETZNY**, **PUHL** i dr.) poriče ulogu stomaćnog soka u stvaranju ulkusa i ističe gastritis kao glavni uzročni faktor koji prethodi i prati ulkus. Pomenuti autor i još neki drugi mogli su na osnovu histološkog pregleda preparata, dobivenih prilikom resekcije želuca, gotovo sto procentno da utvrde pored ulkusa i gastritis. Ova teorija nije ostala bez ozbilj-

nih prigovora. Naročito škola **ASCHOFF**-a (**Büchner**, **Götschlich** i dr.) osporavala je vrednost ove teorije, navodeći da je sedište ulkusa uvek na onim mestima (prepilorični antrum, bulbus duodeni, mala krivina i uzana zona ispod kardije) koja su izložena dejstvu želudačne kiseline, a na kojima sluzokoža ne izlučuje kiselinu, nego alkalni sekret. Eksperimentalno stvaranje ulkusa ubrizgavanjem histamina ili unošenjem sone kiseline u želudac, zatim veštačka ulcera izazvana derivacijom transpiloričnih sekreta, slučajevi ulkusa u **Meeckel**-ovom divertikulumu, recidivi ulkusa posle gastroenterostomije i dr., bili bi samo neki primeri u prilog shvatanja autora koji ističu acidopeptični faktor u genezi ulkusne bolesti.

Po **RÖSSLE**-u ulkus je ponekiput samo sekundarno obolenje koje nastaje reflektornim putem usled stalnog nadražaja želuca iz drugog susjednog patološkog izvora, jer su svi organi u trbuhu uzajamno povezani nervnim putevima bilo direktno ili preko viših nervnih centara. Tako se tumači česta pojava ulkusa kod zapaljenja slepog creva, žučne kesice, holelitijaze, epigastrične hernije i dr.

Razne teorije o etiologiji i patogenezi ulkusne bolesti nisu tako ni oprečne kako to u prvi mah izgleda. Danas znamo da ulkus po sebi ne pretstavlja celu bolest nego samo prominentni anatomski simptom jednog opšteg obolenja, čiji se primarni uzroci nalaze izvan želuca. Inače se ne bi moglo razumeti da ograničene ekscizije ulkusa, gotovo uvek uzastopno prate recidivi, dok izvesni manji radikalni poduhvati, koji ostavljaju ulkus na mestu (gastroenterostomija, vagotomija i dr.), mogu trajno da izleče bolest.

Pisac bi mogao ovde da sa malim izmenama ponovi što je već jednom (prilikom predavanja u Nemačkom medicinskom društvu, 1939 g.) rekao: Nijedna od pomenutih teorija nije uspeła da reši u celini složen problem ulkusne bolesti, čiji su uzroci mnogostruki, ma da svaka sadržava ponešto istine. Blagodareći samo sticaju raznih spoljnih i unutrašnjih faktora, prvenstveno acidopeptičnom dejstvu stomaćnog soka i smanjenoj vitalnoj otpornosti želudačne sluzokože, može da se ponekiput iz površnih erozija formira hronična grizlica. Izgleda da će ono shvatanje etiologije ulkusne bolesti biti najbliže stvarnosti koje će umeti da na neusiljen način izglati, ili bar ublaži, možda više prividne nego li realne razlike gornjih teorija i da mnogobrojne uzročne faktore već prema njihovoj važnosti i uzajamnoj zavisnosti svrsta po hronološkom redu u zajednički okvir. **BERGMANN**-ova teorija, na pr., ima mnogo dodirnih tačaka i sa shvatanjem **RÖSSLE**-a i sa hipotezom **BALINT**-a, a poremećaju acidobazične ravnoteže kao jednom od uzroka ulkusne bolesti. Acidoza pojačava vagotonus, a alkalna sredstva neutrališući acidozu smanjuju vagotonus, na čemu bazira, kako **BALINT** misli, dobro dejstvo ovih preparata u terapiji ulkusa. Nastojanja nekih autora da se na osnovu pozitivnih eksperimenata podredi gastrična teorija neurogenoj ili bar da se smatra gastritis i ulkus paralelnim i nezavisnim anatomskim promenama, kao posledice poremećaja u višim centrima **VNS**, bio bi već jedan pokušaj srediavanja etiološkog problema. Isto tako **LERICHE**-ova koncepcija, prema kojoj u svom kvalitetu promenjena sluz u oblasti antralnog gastritisa ne može da zaštiti sluzokožu od acidopeptičnog dejstva stomaćnog soka, mogla bi da posluži kao spona između hemiske i gastrične teorije.

Ovaj kratak pregled poznatijih teorija o etiologiji ulkusa iznosimo radi toga da se vidi da i današnja moderna shvatanja počivaju na solidnim starim temeljima, samo sa još jače izraženom tendencijom da se primarni uzroci ulkusne bolesti pomere što dalje od želuca prema višim centrima nervnog sistema, prema hipotalamusu i moždanoj kori. Ove teorije koje su donekle pale u zaborav, sadrže gotovo sve elemente iz kojih su konstruisane moderne koncepcije o etiologiji i patogenezi ulkusne bolesti. Pod V N S u širokom smislu reči podrazumevamo osim vagusa i simpatikusa i njihovih viših centara u mozgu, celokupni endokrini aparat koji je s tim sistemom funkcionalno tesno povezan, u prvom redu hipofizu, nadbubrežne i polne žlezde. Na pretpostavci da i endokrine žlezde imaju udeo u genezi ulkusne bolesti, bazira se hormonalno lečenje ulkusa. Ovde je mesto da se istakne konstitucionalno-nasledni momenat u genezi ulkusa koji se po izvesnim diskretnim znacima može lakše da naslutiti nego li objektivno da dokaže. Familijarna frekvencija ulkusa u generacijama, gde spoljašni uticaji, kao što su istovetni ili slični životni uslovi, pogrešan način ishrane i dr., ne dolaze u obzir, govori u prilog urođene dispozicije za ulkus.

Izuzevši retke pretstavnike gastritične teorije, svi se merodavni autori slažu u tom da stomačna kiselina s jedne strane, a smanjena vitalnost želučane sluznice sa druge strane zauzimaju vidno mesto u genezi ulkusne bolesti. Pored već pomenutih anatomskih lezija nastalih iz raznih uzroka, nije isključeno da i promene u biološkoj strukturi ćelija sluzokože (na pr. posle infekcije) predstavljaju locus minoris resistentiae u smislu preosetljivosti prema dejstvu stomačnog soka. (K A L K, K A U F F M A N N i dr.). Uostalom poznato je da slobodna želudačna kiselina može da nagriza zdravu sluzokožu creva. To je naročito slučaj kod duodenalnog ulkusa, gde se hipersekrecija pretežno nervnog porekla, često produžava satima posle evakuacije želuca (noćna sekrecija na prazan želudac). Pojava recidivnog ulkusa posle gastroenterostomije (G-E) na jejunumu, čija je sluznica još više osetljiva na slobodnu sonu kiselinu, bio bi još jedan dokaz više za gornje tvrđenje.

Hirurško lečenje ulkusa sastoji se u tome da se s jedne strane što više smanji produkcija kiseline, a sa druge strane stvore bolji uslovi za nesmetano pražnjenje želuca. Takozvana radikalna resekcija, zasad još uvek najefikasnija hirurška metoda lečenja ulkusa, eliminišući antrum i zamašan deo korpusa želuca, smanjuje produkciju kiseline u fundusu često puta do potpune anacidnosti. Pa ipak i najopsežnija resekcija želuca ne predstavlja ni kauzalnu ni idealnu terapiju ulkusne bolesti. Otstranjujući resekcijom mnoge neposredne i važne faktore iz etiološkog kruga, sprečavamo istina recidiv bolesti, ali primarni uzroci ostaju i dalje nedirnuti, ma da bez efekta na želudac. Ovaj cilj postizava radikalna resekcija pod cenu delimičnog žrtvovanja anatomske i fiziološke celine želuca, o čemu će docnije još biti govora.

U pitanju lečenja kod masivnih krvavljenja iz ulkusa, jedne relativno česte komplikacije ove bolesti, ne postoji ni kod pretstavnika hirurgije puna saglasnost. Protivno hirurškim principima, koji zahtevaju da se kod jačih krvavljenja u trbuhu vrši hitna hemostaza, bilo podvezivanjem krvnog suda bilo delimičnom ekscizijom ili ekstirpacijom organa, kod profuznog krvavljenja iz ulkusa ovaj postulat od većine hirurga nije prihvaćen bez rezerve, iz prostog razloga što se veruje i tvrdi, naročito od strane internista, da je interno lečenje manje opasno i da u pretežnoj većini slučajeva hemoragija iz ulkusa spontano prestaje. FINSTERER se još pre 30 godina zalagao za aktivno intervenisanje već posle prvog masivnog krvavljenja iz želuca, u prvih 24, a najdalje do 48 sati, ako je u pitanju hronični ulkus što se može na osnovu anamneze, pređašnjih radiografija i dr., utvrditi. On je mogao osporiti tvrđenje internista da je mortalitet kod konzervativnog lečenja manji, navodeći da je uporedni statistički materijal bio posve nejednak, jer su internisti beležili i neznatna krvavljenja iz želuca koja se često spontano zaustave. Naprotiv, na osnovu većeg broja posmatranih slučajeva gde je uzalud pokušavano interno lečenje ili dockan izvršena operacija, procenat smrtnosti varira ne od 5—10%, kako to internisti tvrde, nego se penje do 20 i više od sto. Međutim kod blagovremeno izvršene intervencije, mortalitet iznosi ispod 10%.

Mnogo citirana statistika CHIESEMAN-a (iz Thomas Hospital u Londonu) konstatuje da je od 251 slučaja krvavljenja iz ulkusa, koji su konzervativno lečeni, 48 (19%) umrlo, dok je od 62 bolesnika kod kojih je krvavljenje trajalo duže od 24 sata, umrlo 46 (74%). Na sekciji utvrđen je kod 45 od ovih penetrirajući kalozni ulkus sa arodiranim krvnim sudom.

Nije ni najmanje verovatno da se krvavljenje iz arodiranog većeg krvnog suda, kao što je na primer art. gastroduodenalis ili pancreatico-duodenalis, može internim lečenjem trajno zaustaviti. U pitanju hemostatične vrednosti transfuzije krvi mišljenja su podeljenja. Mnogi hirurzi odriču joj ovu osobinu, pogotovo ako se radi o konzervisanoj krvi. Prava vrednost transfuzije sastoji se u dopuni izgubljene krvi, suzbijanju šoka, podizanju krvnog pritiska i pripremi bolesnika za eventualnu operativnu intervenciju. Da bi bolesnika sa masivnim krvavljenjem i jačim padom krvnog pritiska izvukli iz šoka i izbegli ireverzibilne promene u mozgu i drugim organima usred anoksije, preporučuje se sa američke strane (Letton, Porter i dr.) intraarterijalna transfuzija krvi, koja vrlo brzo podiže krvni pritisak, kako smo se mogli i mi uveriti, za razliku od intravenozne transfuzije koja može da teže optereti desno srce još pre nego što se dovoljno napune koronarne i moždane arterije.

Protivno dotadanjem načinu internog lečenja sa strogom dijetom i apsolutnim mirom, MEULENGRACHT je bolesnicima sa krvavljenjem iz ulkusa dozvoljavao pored većih doza alkalnih sredstava i obilniju hranu, pa i meso, da bi neutralisao kiselinu i izbegao posledice gladovanja. On je na taj način uspeo da obori mor-

talitet od 7 do 9% na 1,3%. Dobre rezultate sa ovom metodom postigli su i mnogi drugi (Alder, Avery, Jones, Wendt, Rischel i dr.). Neki autori motivišu mali mortalitet sa ovom metodom, što su u statistici Meulengracht-a obuhvaćeni laki i najlakši slučajevi krvavljenja, a ne samo akutne masivne hemoragije o kojima je ovde reč.

Treba pre svega pojam masivnog krvavljenja preciznije odrediti. Pored manje ili više izrazitog šoka i spoljnih pojava anemije, gubitak ispod 60% crvenih krvnih zrnaca, pad formiranih elemenata u hematokritu ispod 30%, u prvom redu pad krvnog pritiska ispod 90 pretpostavlja već veoma ozbiljno akutno krvavljenje. Nalaz krvi neposredno posle hemoragije ne pruža nam pravu sliku anemije, jer je prvih sati nalaz nepromenjen. Istom posle reaktivne hidremije i resorpcije tečnosti iz tkiva, analiza krvi pokazuje pravi stepen anemije.

Preko nekih drugih ozbiljnijih prigovora od strane internista ne može se ćutke preći. Ne može se uvek sa sigurnošću utvrditi izvor krvavljenja, jer ulkus nije jedini uzrok hemoragije iz želuca, a pravilno i uspešno lečenje zavisi u prvom redu od ispravne dijagnoze osnovne bolesti. Svakako je daleko najčešći uzrok krvavljenja iz želuca ulkus, koji prema našoj statistici dolazi na prvo mesto, sa 65 do 70%. Zatim sa sve manjom frekvencijom ređaju se kao uzroci gastritis, proširenje vena na ezofagusu i želucu (kod ciroze jetre, m. Banthi, ekstrahepatalne blokade u oblasti vene porte i dr.), dalje karcinom želuca, postoperativni recidivi ulkusa, divertikulum dvanaestopalačnog creva, dijafragmatična hernija na hijatusu jednjaka, benigni tumori želuca i krvne bolesti.

Računa se da u 20 do 25% dolazi do jačega iznenadnog krvavljenja iz želuca kod bolesnika bez karakterističnih prethodnih bolova i bez tipične anamneze koji bi govorili za ulkus. Kod ovakvih slučajeva diferencijalna dijagnoza može biti vrlo teška. Povećana tvrda jetra, splenomegalija, ikterus, alkoholizam u anamnezi, zatim analiza krvi, sa određivanjem vremena koagulacije i protrombina, mogu nas sačuvati od pogrešnih dijagnoza i suvišnog i štetnog otvaranja abdomena.

Pretežna većina kojima se na osnovu sopstvenog iskustva pisac pridružuje, stoji na stanovištu da ne treba odmah posle prvog jačeg krvavljenja iz ulkusa operativno intervenirati nego najpre pokušati konzervativno lečenje. Izuzetak čine slučajevi kod kojih se ni sa transfuzijom krvi ne može da podigne krvni pritisak ili slučajevi koji posle kratkoga poboljšanja ponovo provrvave. Tu imamo da se brzo odlučimo i da interвениšemo, po mogućnosti u prvih 24 do 48 sati, jer se posle toga termina mortalitet naglo penje, osobito ako su u pitanju starija lica.

Operacija se sastoji u tome da se krvni sud koji krvavi podveže, što je po neki put i tehnički teško izvodljivo i za trajnu hemostazu manje sigurno. Bolje je ako to opšte stanje bolesnika dozvoljava, izvršiti odmah resekciju želuca.

Jedna još opasnija komplikacija nego što je krvavljenje je perforacija ulkusa u slobodnu trbušnu šupljinu. Za posljednjih deset godina primljeno je na našu kliniku koja je jedno vreme fungirala i kao stanica za hitnu pomoć, 115 bolesnika sa dijagnozom perforacije ulkusa, dok je za isti vremenski period posmatrano i sa malim izuzetkom operisano 664 drugih bolesnika sa ulkusom. Inače je procenat perforacije znatno manji i iznosi prema drugim velikim statistikama 10% od sveukupnog broja bolesnika sa ulkusom.

Nije ovde mesto za detaljnu analizu ovih slučajeva, ali nekoliko napomena, držim, neće biti na odmet. Dok su bolesnici sa perforacijom iz grada i njegove neposredne okoline primani uglavnom na vreme i operisani najčešće već u prvih od 3—10 sati, ostali su, u ne malom broju, mahom iz udaljenih mesta, primani na klinku posle 12—24 i više sati, iza perforacije ulkusa. Među ovim bio je i priličan broj sa već izrazitim pojavama peritonitisa. Tim se objašnjava relativno visok mortalitet koji se penje do 18% kod prve trećine operisanih slučajeva iz gornje serije. Posljednjih godina, blagodareći moćnim antibiotskim sredstvima i primeni modernih metoda u preoperativnoj spremi bolesnika, uspeli smo da procenat smrtnosti smanjimo na polovinu gornjeg broja, iako smo umesto prešivanja češće vršili resekciju želuca.

U najvećem broju slučajeva, na osnovu anamneze i tipične istorije bolovanja, lokalnog nalaza i drugih kliničkih simptoma, dijagnoza perforacije nije bila teška. Gotovo je suviše istaknuti da smo sa retkim izuzetkom gotovo svaki suspektan slučaj perforacije ulkusa i radiološki pregledali na pneumoperitoneum. Ma da ovaj fenomen ne potiče baš uvek od perforacije ulkusa, držim da je pneumoperitoneum pored ostaloga najpouzdaniji simptom ove komplikacije ulkusa. Pa ipak naše istorije bolesti beleže, okruglo uzevši, 5% operativno utvrđenih slučajeva sa pogrešnom dijagnozom, kod kojih je umesto ulkusa nađena perforacija slepog creva, žučne kesice, a kod jednog bolesnika akutno zapaljenje pankreasa. Pored toga lečena su dva bolesnika pod dijagnozom latentne ili pokrivene perforacije ulkusa koji nisu bili operativno provereni.

U pretežnom broju slučajeva mi smo se ograničili na prešivanje probušenog ulkusa. Vrlo retko, gde je prešivanjem ulkusa nastala stenoza dvanaestopalačnoga creva, vršili smo po nuždi i G-E, imajući u vidu čestu pojavu postoperativnoga recidiva upravo kod ovih slučajeva. Danas, kad god je to moguće, što zavisi od proteklog broja sati posle perforacije i opšteg stanja bolesnika, vršimo radikalnu resekciju uštedivši bolesniku na taj način operaciju u dva vremena. Akutni perforisan ulkus posle prešivanja može još trajno da se izleči, što je kod hroničnog kaloznog ulkusa redak slučaj. Konzervativno lečenje perforacije ulkusa po metodi H. TAYLOR-a, izazvalo je iz pojmljivih razloga i kod internista i kod hirurga veliko interesovanje. Pomenuti autor, imajući u vidu slučajeve perforacije ulkusa koji su se spontano zalećili obturacijom otvora od strane susednih organa, objavio je seriju od 28 slučajeva kod kojih

je umesto neposredne intervencije primenio permanentnu aspiraciju želudačne sadržine, sa rezultatom da su 24 bolesnika ozdravila, a 4 umrla. Od ovih posljednjih tri smrtna slučaja nisu navodno imali veze sa metodom. Poznato je bilo i pre da su neki ređi slučajevi perforacije ulkusa i bez operacije ozdravili, osobito ako otvor nije bio širok, što je češće kod ulkusa duodeni, i ako je pre perforacije želudac bio prazan. Cilj je ove metode lečenja da se izbegne hitna intervencija kod bolesnika u šoku, kako bi se docnije pod daleko povoljnijim uslovima mogla izvršiti radikalna resekcija u jednom aktu.

J. Q U E N U je donekle popularisao ovu metodu objavivši da je 22 slučaja sa znacima perforacije ulkusa permanentnom aspiracijom lečio, od kojih su 21 prezdravili. Među ovim bilo je 5 bolesnika kod kojih klinički utvrđena perforacija ulkusa nije mogla biti docnije operativno verificirana.

Kod povoljnog toka, već u toku prvih sati, bolovi popuštaju, kontraktura trbušnih mišića postepeno iščezava, puls i temperatura vraćaju se na normalu, a opšte se stanje bolesnika shodno tome progresivno popravlja. Prvenstveno kod starijih osoba, sa relativno čestim komplikacijama od strane respiratornih i kardiovaskularnih organa, kod kojih bi i samo otvaranje trbuha bez prethodne dovoljne pripreme bilo riskantno, permanentna aspiracija želudačne sadržine u kombinaciji sa antibiotskim sredstvima nalazi svoju opravdanu primenu. Isto tako i kod slučajeva perforacije ulkusa, daleko od hirurga i hirurškog centra, gde se ove operacije ne mogu izvršiti sa dovoljnom sigurnošću, aspiracija se može primeniti. Slučajevi perforacije ulkusa sa stenozom i sledstvenim proširenjem želuca, ne dolaze u obzir. Isto tako bolesnici, dockan doneti i, nepodesni za lečenje ovom metodom treba da budu operisani, ako to njihovo opšte stanje dozvoljava. Bolesnici sa perforacijom ulkusa lečeni aspiracijom po Taylor-u, moraju da budu stalno pod kontrolom iskusnog lekara, kako bi u slučaju neuspeha t. j. pogoršanja opšteg stanja i lokalnog nalaza, mogla biti blagovremeno izvršena operacija.

Ova metoda pored dobrih ima i svoje rđave strane. Dijagnostičke greške mogu da budu fatalne ako se na primer kod perforacije slepog creva ili žučne kesice instalira apsiracija i izgubi dragoceno vreme za uspešnu operativnu akciju.

Interesantna diskusija po ovom pitanju vođena je nedavno u francuskom hirurškom društvu (M. A. C., T. 77, Nr. 30.), koja u oceni praktične vrednosti ove metode nije dovela do saglasnosti mišljenja. B L O N D I N je na osnovu svog lošeg iskustva, sedam slučajeva sa tri smrtna završetka, došao do zaključka da je primena ove metode veoma skućena, jer ima slučajeva kod kojih i posle dužeg povoljnog tečaja kliničkog poboljšanja može da nastupi naglo pogoršanje koje nas primorava da operišemo dockan pod daleko nepovoljnijim uslovima. Povećanje pneumoperitoneuma i peritonealnog sekudata sa progresivnim proširenjem abdomena su sigurni znaci, da je obliteracija perforisanog ulkusa izostala i da treba

aspiraciju prekinuti, kaže IZELIN. Na osnovu dobrih rezultata sa aspiracijom MIALARET je zastupao mišljenje da kod odabranih slučajeva, čiji broj ne prelazi 30%, može da se sistematski primeni ova metoda iako se ne može u svakom slučaju postići da se otvor ulkusa spontano zapuši. Obično se već posle tri do četiri sata može da oceni da li treba sa aspiracijom produžiti ili intervenisati bez gubitka u vremenu. Klinički i radiološki znaci nisu uvek dovoljni za kontrolu i ocenu daljeg toka bolesti kod slučajeva lečenih na ovaj način. Metoda TAYLOR-a lišava nas poneki put karakterističnih znakova peritonealne reakcije, tvrdi BAUMANN. Isti autor skreće pažnju na mogućnost »kamuflaže« alarmantnih simptoma kod slučajeva lečenih aspiracijom i antibiotskim sredstvima kod kojih se bez bolova, kontrakture ili distenzije abdomena, podmuklo, u tišini (a bas bruit) razvio smrtonosni peritonitis.

Kancerozna degeneracija pretstavlja najopasniju komplikaciju stomačnog ulkusa. Prepoznati ulkuskarcinom nije prosta stvar ni u ranom ni u odmaklom stadiju bolesti. Kom hirurgu nisu ostali u sećanju slučajevi, kod kojih je i klinički i radiološki utvrđen ulkus, a pri histološkom prelgedu operativnog preparata, nađen karcinom. Možda je još veća grupa onih slučajeva koji su upućeni kao ulkus, a na operaciji konstatovan kancer na bazi ulkusa.

Frekvencija ulkus-karcinoma varira između 5 i 20%, već prema raznim statističkim podacima. Ove velike razlike objašnjava NEWKOMB nejednakom i pogrešnom interpretacijom atipičnog epitela u kaloznom ulkusu. U ranijem stadiju ulkus-karcinoma mogu da se na radiografiji poneki put vide, za razliku od primarnog eksulceriranog karcinoma, grubi nabori sluzokože konvergentno usmereni prema centru ulceroznog kratera. Međutim u docnijem stadiju, kad se već karcinom proširio, još je teže prepoznati prvobitni ulkus. Računa se da jedna petina od svih karcinoma želuca nastaje na bazi ulkusa. S obzirom na relativno čestu degeneraciju želudačnog ulkusa mnogi hirurzi su mišljenja da kod hronično kalozne grizlice treba uvek izvršiti profilaktički opsežnu resekciju. Sve druge manje radikalne metode, uključujući i vagotomiju, nisu ovde na mestu. Neki autori idu tako daleko da smatraju ulkus na želucu jednom vrstom prekanceroznog obolenja, što je svakako preterano. Moglo bi se još pretpostaviti da se karcinom može pojaviti na bazi ožiljka koji je izlečeni ulkus ostavio za sobom, slično pojavi perifernih karcinoma posle opekotine, ujeda zmije, luetičnih ožiljaka na koži i dr., ali to nije utvrđeno.

Od kako se kod gastričnog ulkusa sistematski vrši radikalna resekcija, pojava ulkus-karcinoma znatno je ređa. Postavlja se pitanje, da li je uopšte na mestu interno lečenje kaloznih ulcera na želucu i da li izvesne manje radikalne metode, kao što su resekcija po MADLÉNÉR-u ili FLÖRCKÉN-u, koje ostavljaju ulkus in situ, u telu, ne izlažu bolesnika docnijoj opasnosti ulkus-karcinoma. Poznato je da i kalozni ulkus sa nišom često puta vrlo dobro reaguje na interno lečenje. Većina hirurga stoji na gledištu da se

slučajevi sa ulkusom želuca, ako ne postoji opasnost krvavljenja ili perforacije, kao što je to slučaj kod ulcera sa velikom nišom, mogu jedno kraće vreme da leče konzervativnim metodama i produži to lečenje, ako se radiološkim pregledom utvrdi da se niša postepeno smanjuje i konačno izgubi. U protivnom slučaju, ili ako se niša ponovo pojavi, treba da se izvrši, zbog sumnje na početni karcinom, radikalna resekcija.

Jedna više nesnosna nego ozbiljna posledica resekcije želuca je tako zvani »dumping«-sindrom o kom se poslednjih godina mnogo diskutuje i koji se javlja kod operisanih po metodi BILL-ROTH 2 ili po jednoj od modifikacija ove metode. Kratko vreme posle jela bolesnik oseti neugodnu napetost u gornjem trbuhu, muku i gađenje, zatim lupanje srca, slabost i opštu malaksalost, koja traje jedan do dva sata, a za to vreme bolesnik je nesposoban za ma kakav posao. Međutim kad bolesnik legne sve se te pojave brzo izgube.

Jačina i trajanje demping-sindroma zavisi od količine uzetog obroka i vrste jela. Slatka i testena jela izazivaju češće ovu pojavu. Demping-sindrom je pretežno mehaničkog porekla i nastaje po opštem mišljenju usled brzog pražnjenja cstatka želuca kroz široku stomu i sledstvenog naglog širenja jejunuma. Možda je u pitanju reaktivni spazmus tankog creva koje se protivi naglom prodiranju nesvarene hrane. U svakom slučaju nije u pitanju dovodna vijuga jejunuma, inače se ne bi moglo razumeti da demping — ili kako se drukčije taj nastup zove, rani postprandijalni sindrom, retko kad dolazi posle G-E, gde je retrogradno punjenje dovodne vijuge česta pojava. Interesantno je čuti da se ovaj nastup češće javlja kod nervoznih, nervno labilnih lica.

SMITH je kod šestorice bolesnika sa izrazitim demping-sindromom pretraživao serum, pa je našao nedostatak kalijuma za vreme nastupa sa karakterističnim promenama u elektrokardiogramu. Smith objašnjava nedostatak kalijuma u serumu brzom absorpcijom karbohidrata i vezivanjem kalijuma u jetri. Po njegovom mišljenju nije isključeno i dejstvo jedne hormonalne supstancije, po akciji slične adrenalinu. Ubrizgavanjem kalijuma nije se mogla sprečiti pojava dempinga, ali je njegovo trajanje moglo biti znatno skraćeno. Demping-sindrom može da traje godinama, ali vremenom biva sve ređi.

Vagatomija kao hiruška metoda lečenja peptičnog ulkusa ponovo je uvedena od Dragstedt-a (1943 god.) u tehnički savršenijem obliku. Slični raniji pokušaji od strane drugih autora (Bircher, Piere i Tanferma, Latarjet i dr.) nisu imali uspeha jer, kako to objašnjava Dragstedt, nisu bile presečene sve grane vagusa. Vagotomija je u početku primljena sa velikim poverenjem kao metoda lečenja koja bazira na solidnim fiziološkim principima.

Poznato je da su PAVLOV i njegova škola još pre pola veka mogli utvrditi da posle bilateralne vagotomije prestaje prva odnosno psihička faza želudačne sekrecije. U klasičnim ogledima na

psima sa fistulom na ezofagusu, fiktivan ručak posle izvršene vagotomije nije mogao izazvati sekreciju kiseline. Isto tako bilo je poznato da se neka obolenja C. N. S. kao što su tumori, abscesi, traume mozga, zatim tabes i dr., relativno često kombinuju sa stomaćnom grizlicom. Fiziolozi i anatomici našli su nervne puteve koji spajaju hipotalamus sa jedrima vagusa. Ukratko rečeno, više je nego samo verovatno da je psihička sfera u moždanoj kori povezana preko hipotalamusa i vagusa sa gornjim digestivnim traktom. U početku smo već pomenuli da razni duševni potresi, brige, strahovanja i drugo mogu da ubrzaju stvaranje novog ili pogoršaju već postojeći ulkus.

Prvi objavljeni rezultati, postignuti sa vagotomijom kod ulkusnih bolesnika bili su vrlo dobri. Bolovi su potpuno nestali, a karakteristična noćna hipersekrecija nervnog porekla, koja dominira kod ulkusa duodeni, bila je znatno smanjena. Docnije, međutim, sa širom primenom ove metode rastao je i broj saopštenja o neugodnim i ozbiljnim komplikacijama. Gotovo kod polovine vagotomisanih dolazi do poremećaja u motilitetu želuca u vidu atonije i sledstvene retencije želudačne sadržine. Bolesnici podrignuju gasove neprijatnog zadaha i ponekiput povraćaju hranu, dugo zadržanu u mlitavom, proširenom želucu. Spazmus pilorusa kao posledica hipertonične simpatikusa, doprinosi još više zadržavanju hrane u želucu. Osim toga javljaju se otprilike kod jedne petine slučajeva uporne i česte dijareje, koje istina, vremenom spontano prestanu. Sve te patološke pojave nervnog porekla ometaju pravilnu ishranu operisanih i bile su jedan od razloga da se vagotomija, izuzevši neke specijalne slučajeve ne vrši više kao samostalna metoda nego u kombinaciji sa G-E ili kojom drugom tehničkom procedurom, radi lakšeg pražnjenja želuca.

Ali što je još mnogo gore, otprilike kod jedne četvrtine vagotomisanih vraćaju se tokom prve dve godine kiseline i tonus želuca na pređašnji nivo. Isto tako javljaju se ponovno stari bolovi, ponajčešće u vezi sa recidivom ulkusa, čiji je procenat utoliko veći ukoliko je vreme-posmatranja duže. Da li je to zbog nepotpuno izvršene vagotomije ili usled regeneracije presečenih grana vagusa ili nekog drugog mehanizma, nije tačno utvrđeno. Treba znati da kod najmanje 10% ne uspeva potpuno presecanje oba vagusa. Dovoljno je da ostane samo jedna nervna grančica intaktna, pa da insulin-test bude pozitivan i rezultat operacije doveden u pitanje.

B E A T T I E referiše da je kod 54 slučajeva od 103 vagotomisanih bolesnika zbog ulkusa morao ponovo intervenisati zbog meteorizma, bolova i recidiva ulkusa. Interesantna su opažanja mnogih autora da se recidivi pojavljuju i kod slučajeva sa negativnim insulin-testom.

Daleko su bolji rezultati ako se vagotomija kombinuje sa G-E, piloroplastikom ili još bolje sa delimičnom resekcijom želuca. U poslednjem slučaju, eliminisanjem prve i druge faze sekrecije postiže se maksimalna redukcija slobodne sone kiseline. Kod kaloznih i

prodornih ulcera na želucu ne preporučuje se vagotomija već zbog mogućnosti karcinomatозne degeneracije ulkusa. Izuzetno, kod visokih grizlica sa sedištem blizu kardije, kod kojih bi radikalna resekcija bila mnogo veći i riskantniji poduhvat, mogla bi doći u obzir vagotomija. Uzgred napominjemo da su kod ovakvih slučajeva bili postignuti sa resekcijom po metodi KELLING — MADLER vrlo dobri neposredni i docniji rezultati.

Kod ulkusa duodeni sa hipersekrecijom i hiperacidnošću, vagotomija se sa uspehom primenjuje, ali uvek u kombinaciji sa G-E ili još bolje sa delimičnom resekcijom želuca. Kod hitnih intervencija zbog teških krvavljenja ili perforacije ulkusa, vagotomija ne dolazi u obzir. Svoju najopravdaniju primenu vagotomija nalazi kod postoperativnih anastomotičnih recidiva, kod kojih je prethodno izvršena resekcija, a gde bi ponovna resekcija bila i tehnički teži i za bolesnika mnogo opasniji poduhvat. Naprotiv, kod slučajeva gde je prva operacija bila G-E, opsežna resekcija želuca i anastomoze ima bolje rezultate (Stevens G. A.).

Postoperativni recidiv ulkusa na anastomozi ili što je još mnogo češće, na odvodnoj vijuzi jejunuma (u. p. j.), predstavlja velik nedostatak hirurških metoda lečenja ulkusa, koji tereti najviše G-E, ali od kojeg ni radikalna resekcija tipa Billroth 2 nije posve pošteđena. Frekvencija u. p. j. posle G-E varira od 3—10%, a kod radikalne resekcije želuca 1—2%. Svi se autori slažu da je pojava u. p. j. bila upadljivo česta, ako je zbog ulkusa duodeni bila izvršena G-E sa BRAUN-ovom anastomozom, gde je jedan deo jejunuma usled direktnog odliva transpiloričnih sekreta bio izložen dejstvu čiste želučane kiseline. To je bio razlog da se ove metode danas vrlo retko primenjuju.

Naša iskustva baziraju na 56 posmatranih i operisanih bolesnika sa u. p. j., među ovim sedam slučajeva sa gastrojejunokoličnom fistulom. Prvih 35 slučajeva su objavljeni u D. med. W. 1939. No 19.

Izuzevši dva slučaja radikalne resekcije po metodi Billroth 2 i dva slučaja palijativne resekcije želuca po FINSTERER-u, kod svih ostalih bila je prethodno izvršena G-E. Recidiv se je pojavio kod većine slučajeva u prve dve godine, u jednom slučaju posle tri meseca, a u drugom ekstremnom slučaju istom posle sedamnaest godina. Intenzivni bolovi u epigastrijumu, u početku s vremena na vreme, a docnije stalno bez slobodnih intervala, a sem toga krvavljenja kod najmanje jedne trećine slučajeva, bili su najčešći razlozi zbog kojih su se bolesnici ponovo primali na kliniku.

Gastrojejunokolična fistula kao jedna dalja komplikacija u. p. j. već zbog teške prognoze i visoke operativne smrtnosti zaslužuje našu naročitu pažnju. Računa se da u 10—20% dolazi do prodora anastomotičnog ulkusa u kolon. Sa formiranjem fistule prestaju bolovi čak i ulkus može da se zaleći, ali zato nastaju druge još teže pojave. Prodiranjem gasova i fekalnih materija iz kolona u želudac i jejunum nastaje sa jedne strane težak gastritis, sa podrigivanjem

neprijatnog zadaha, poneki put sa povraćanjem fekalija, a sa druge strane infekcije tankog creva sa upornim i čestim prolivima. Dija-reja, povraćanje fekalija i rapidan gubitak u težini tela predstavlja-ju karakteristični trias simptoma gastrojejunokolične fistule. Usled gubitka tečnosti i soli, nedovoljne apsorpcije hrane, bolesnici poka-zuju znake hroničnog gladovanja (hipoproteinemije, avitaminoze, sekundarne anemije i dr.), što se može laboratoriski objektivno utvrditi. Međutim, kod uzane fistule sve te patološke pojave mogu da izostanu i da bolesnici dugo vreme podnošljivo žive. Što se tiče terapije u. p. j. moglo bi se sumarno reći da sa hirurškim manje radikalnim metodama, kao što su ekscizije ulkusa sa rekonstrukci-jom postojeće, mahom sužene stome, ili degastroenterostomija sa uspostavljanjem normalnih odnosa, nisu postignuti dobri i trajni uspesi. Kod većine na ovaj način operisanih bolesnika došlo je po-novo do recidiva ulkusa na anastomozi ili na duodenumu. Daleko su bili bolji rezultati ako je sa resekcijom anastomotičnog segmenta izvršena istodobno delimična gastrektomija u širem obimu.

Resekcija en bloc primenjena kod bolesnika sa gastrojejunokoličnom fistulom imala je veliki procenat smrtnosti (30—50%) s obzirom na veoma loše opšte stanje bolesnika ove vrste koji nisu mogli u jednom vremenu lako izdržati dugotrajan poduhvat u jed-nom aktu. Problem je donekle rešen na taj način što je operacija podeljena u dva akta: prvo odvratiti sadržinu debelog creva od fis-tule, a docnije kad se sa prestankom povraćanja i proliva opšte sta-nje bolesnika popravi, izvršiti pod povoljnijim uslovima radikalnu resekciju. U tu svrhu preporučuje P F E I F F E R kao prvi akt preliminarnu kolostomiju, proksimalno od fistule, a docnije definitivnu operaciju sa resekcijom želuca. (15 operisanih slučajeva sa jednim smrtnim ishodom). Po metodi, koju na osnovu sopstvenog iskustva preporučuje L A H E Y Fr., u prvom vremenu preseče se terminalni deo ileuma, distalni se otvor prešije, proksimalni deo ana-stomozira sa silaznim kolonom. U drugom vremenu, 2—3 meseca kasnije, izvrši se delimična resekcija želuca ekstirpacijom proksimal-nog kolona, zajedno sa fistulom (28 slučajeva, od kojih su 3 umrla).

Pretežna većina bolesnika sa ulkusom spada u domen inter-nista. Otprilike samo kod jedne petine dolazi u obzir hirurško le-čenje. To su mahom bolesnici sa kaloznim prodornim ulkusom na dvanaestopalačnom crevu, sa visokim aciditetom i gotovo stalnim bolovima koji traju godinama, a kod kojih interno lečenje više ne pomaže. Zatim slučajevi ulkusa sa čestim manjim hemoragijama koji dovode vremenom do teških sekundarnih anemija. Isto tako ulcera želuca sa velikom nišom, koje ne reaguju na interno lečenje, zahtevaju neodložno hiruršku terapiju. Slučajevi kaloznih grizlica sa stenozom pilorusa ili mediogastričnim suženjem i sledstvenim grubim anatomskim promenama na želucu, mogu se isključivo ope-rativnim putem izlečiti. Po sebi se razume da kod komplikacija ul-kusa, kao što su masivna krvavljenja ili perforacija, postoji vitalna indikacija za hiruršku intervenciju.

Dok je kod karcinoma želuca a priori bila usvojena radikalna resekcija, kod ulkusa, jednog obolenja koje traje godinama i obično ne dovodi ili izuzetno retko do letalnog ishoda, izvedene su mnoge hirurške metode lečenja, kako bi se sa što manje rizika postigli što bolji i trajniji rezultati. U početku W Ö L F L E R-ova gastroenterostomija ant., docnije H A C K E R-ova G-E post., bila je metoda izbora, najpre kod ulkusa sa stenozom pilorusa, a onda i kod svih ostalih slučajeva, bez obzira na sedište ulkusa.

Kao i mnogi drugi stariji hirurzi i mi smo imali prilike da izvodimo razne operativne metode, počevši još pre Prvog svetskog rata sa gastroenterostomijom, prešli smo vrlo brzo na resekciju želuca koju poslednjih 25 godina sistematski primenjujemo. Sve ostale manje radikalne poduhvate, kao što su lokalne ekscizije ulkusa, G-E sa ekskluzijom pilorusa medogastrične resekcije, delimične duodenektomije po J U D D-u, holecistogastrostomije po B O G O R A S-u, već odavno smo napustili. Danas te operativne procedure imaju samo istorisku vrednost. G-E vršimo izuzetno retko kod starijih iznurenih lica sa ulkusom i stenozom pilorusa, i bez većeg stepena acidnosti. Ova metoda nije u stanju da znatnije smanji produkciju želudačne kiseline ni da spreči uvek evoluciju starog ili pojavu novog ulkusa. Trajni dobri rezultati G-E jedva da iznose 50%. Kod svakog desetog operisanog bolesnika po ovoj metodi došlo je do recidiva ulkusa, ponajčešće na anastomozi.

Na našoj klinici u najvećem broju slučajeva ulkusa vršene su opsežne, 2/3-resekcije želuca po metodi **Billroth 2**, preciznije rečeno po jednoj od modifikacija ove metode (Hofmeister - Finsterer). Operativni mortalitet, izuzevši slučajeve teških krvavljenja i perforacije ulkusa, ne prelazi 3%. Dobri trajni rezultati utvrđeni na osnovu revizije jednog većeg broja operisanih, dostižu gotovo 90%. Resekciju po metodi **Pean-Billroth 1** vršili smo relativno retko, svega 70 slučajeva što iznosi jedva nešto od 5% sveukupnog broja naših resekcija zbog ulkusa. Ova metoda zaslužuje i pored ograničenih mogućnosti širu primenu, jer odgovara više fiziološkim uslovima. Kod operisanih po ovoj metodi ne javlja se neugodni t. zv. dumping sindrom i ne postoje mogućnosti stvaranja postoperativnog peptičnog ulkusa. |

Kod resekcije želuca po metodi **Billroth 2** najvažniji akt je zatvaranje duodenalnog otvora. Kod ožiljnog ulkusa sa penetracijom u pankreas, **B S T E H**, **N I S S E N**, **W A N G E S T E E N**, **G R A H A M** i dr. pronašli su specijalne tehničke postupke za atipično zatvaranje duodenalnog otvora. Kod ožiljnog ulkusa sa penetracijom štati. Kod ulcera daleko u desno od pilorusa sa penetracijom u pankreas ili lig. hepatoduodenale, a koji se bez opasnosti od povrede susednih organa (dubokih žučnih kanala i dr.) ne mogu lako odstraniti, **Finsterer** je još pre trideset godina preporučio svoju metodu resekcije želuca sa ekskluzijom pilorusa i ulkusa koji ostaju na mestu u telu. Po našem mišljenju i iskustvu, sa malo više strpljenja i tehničke spreme gotovo se uvek može izvršiti radikalna resekcija zajedno sa ulkusom, ali ima mali broj slučajeva, otprilike 5%, gde

je to nemoguće učiniti. Nama se nedavno desilo u jednom slučaju kazo-
loznog ulkusa sa dubokim kraterom u pankreas, da je posle forsirane
resekcije ostala papila (Vateri) sa oba kanala bez kontakta sa cre-
vom. Morali smo da implantiramo ponovo papilu u već sašiveni duo-
denum. Bolesnica je ipak ozdravila, i bez ikakvih loših posledica, ali
se je moglo i drukčije dogoditi. Anastomotični ulkus posle palijativne
resekcije po Finstereru javlja se u 4—6%. P L E N K koji ima naj-
više iskustva sa ovom metodom, u svojoj statistici od 267 slučajeva
beleži svega 3,8% u. p. j. i objašnjava veću frekvenciju recidiva koju
navode drugi autori, tehničkim greškama, nedovoljnom resekcijom
želuca, enteroanastomozom po Braun-u, ili Y-G-E po Roux-u. Inter-
esantno je čuti da Finsterer i Plenk u poslednje vreme vrlo retko
primenjuju ovu metodu.

Radikalna resekcija želuca, s obzirom na neposredne i docnije
dobre rezultate, koji se ne postižu ni sa jednom drugom operativ-
nom procedurom, predstavlja metodu izbora hirurškog lečenja ulku-
sa, jednu vrstu standardne operacije po kojoj se cene i upoređuju
vrednosti drugih operativnih metoda. Resekcija želuca ma da nije
idealna način lečenja ulkusne bolesti, jer krnji anatomsku i fizio-
lošku celinu organa, svakako je najefikasnija metoda i najbolje pre-
ventivno sredstvo protiv recidiva ulkusa.

M. Kostić: Problem of gastric and duodenal ulcers

S U M M A R Y

In the course of this century our knowledge of the origine
and development of gastric and duodenal ulcers has increased con-
siderably. Anatomical and clinical studies as well as a large num-
ber of experiments have helped to throw more light on many un-
clear points in the origin of this disease, but the etiologic problem
of the disease is as yet not completely solved. Instead of a clear eti-
ology, we only have certain principal theories (nervous, chemical,
gastric and vascular) none of which have been completely disputed
up to now. The elements of all these theories have served as the
foundation of the modern conception of the gastric and duodenal
ulcer disease, which is that it is the product of numerous external
and internal factors and conditions. According to modern concep-
tions the actual ulcer is but a prominent symptom (anatomically)
of the disease as a whole, and whose primary causes must be sou-
ght outside the stomach in the higher centers of the neuro-vegeta-
tive system (hypothalamus) which are in connection with the psy-
chic sphere, and by means of the vagus and sympathicus nerves in
connection with the upper digestive tract.

As far as the operative treatment of the ulcer is concerned,
there is still no full agreement among the surgeons themselves. The
question of operative indications and of the choice of surgical met-
hods to be employed is still on the agenda. With the advent of new

methodis of treatment the choice has become even more difficult. This is especially the case in cases of perforation and serious haemorrhage where the attitude of the surgeon is still not clearly defined.

The general impression is, that since the first world war the occurrence of gastric and duodenal ulcers has been much more frequent, and this is probably true although hard to prove statistically. However, what has been undoubtedly proved is that there has been a definite change in the numeric relation between gastric and duodenal ulcers. Whereas before the last two wars the relation stood as 1 to 3, today there are seven times more duodenal than gastric ulcers, if not more. The reasons of the increased frequency of ulcers are no doubt various mental shocks, overgreat responsibility fear, worry etc., as well as poor and insufficient nutrition, in short all the physical and mental strain to which people were subjected during the war.

All competent authors agree that the acido-peptic effect of the gastric secretion occupied a prominent place, as an immediate cause, in the origine and development of the ulcer. The aim of surgical treatment is to reduce the production of gastric acid and to create as favourable conditions as possible for the unhindered evacuation of the stomach. Radical resection of the stomach, which is still the most efficient method of treatment, accomplishes this at the cost of partially sacrificing the anatomical and physiological whole of the organ.

In the case of serious haemorrhage from the ulcer, the surgeons are still unable to agree completely on the best form of treatment. Most authors, with whom we agree according to our own experiences, consider that it is not advisable to operate immediately after the first large haemorrhage, but to try with conservative treatment. One must of course except cases where it is impossible to maintain blood pressure with blood transfusions (sometimes by means of the intra-arterial method), and also cases which haemorrhage again after a short period of improvement. Here we have to decide on rapid intervention, if possible within the first 24 to 48 hours, as after this term the rate of mortality rises rapidly especially in the case of older persons.

Another, even more serious complication is the perforation of the ulcer into the abdominal cavity. In the course of the last ten years we had 115 cases of perforated ulcers at our clinic which for some time was also an emergency station, and during the same period of time 664 cases of ulcers were operated on and observed. Immediately after the war, in most of the cases we merely sowed up the place of perforation. Lately, however, thanks to the antibiotics, we have been able to reduce the rate of mortality from 16% to 10%, although we performed gastric resection whenever possible.

The conservative treatment of cases of perforated ulcers by means of permanent suction of the stomach contents, according to the Taylor method, has not been widely applied in practice. The aim

of this method is to avoid immediate operation in cases of shock, especially with elder persons with fairly frequent complications from the cardiovascular and respiratory system, thus creating favourable conditions for operation at some future date, when resection of the stomach can be carried out. This method has both its good and bad sides. A mistake in diagnosis may prove to be fatal, as for instance, if suction is applied in the case of a perforated appendix of gall bladder. If the patient is not seen immediately by the doctor, prolonged suction is out of the question, and in recent cases simple suture of the ulcer or, what is even better, gastric resection give good results. Apart from this, with this method of treatment one must be most careful not to lose valuable time and the right moment for successfully operating. It may for instance happen that the general improvement in the patient's condition and the local status, which lead us on to continue suction, are only apparently extant, and that the sudden turn for the worse which indicates that the perforated ulcer has not obliterated, only occurs after 12 hours or more.

In cases of gastric carcinoma radical resection has been universally accepted, however in the case of a gastric or duodenal ulcer i. e. a disease which is not or very rarely fatal, many surgical methods have been tried out in order to obtain the best and most lasting results at the least risk.

The method of vagotomy in the operative treatment of ulcers, a method based on sound physiological principles, was at first favourably accepted. Later, however, when this method became more widely applied, there were an increasing number of reports that immediate and serious complications had occurred in the form of atony and resultant retention of the stomach contents, as well as vomiting and diarrhoea. However, what is even more serious is the fact that in about 25% of the cases treated in this way, the gastric acidity and tonus rose to their former level in the course of the two years following the operation. The same applied to the old pains, usually in connection with a relapse of the ulcer, the percentage of which rose in proportion to the length of the period of observation. For these reasons vagotomy was no longer applied except in certain rare cases, as an independent operation. Vagotomy is successfully applied in cases of duodenal ulcer with hypersecretion and hyperacidity of a nervous origin, but only combined with gastro-enterostomy, or even better with partial resection of the stomach. The application of vagotomy is most justified in cases of postoperative anastomotic relapses of the ulcer after gastric resection, as in these cases renewed resection would be technically much more difficult as well as most dangerous for the patient.

Postoperative relapse at the point of the anastomosis, or more often on the jejunum, is the great drawback of the surgical treatment of ulcers, it occurs most frequently after gastro-enterostomy, but also in some cases after radical resection of the stomach

(Billroth II). The peptic ulcer of the jejunum after gastro-enterostomy occurs in a percentage varying from 3 to 10, and after resection from 1 to 2. Our experiences are founded on 56 cases of observed and operated peptic ulcer of the jejunum, seven of which with a gastro-jejuno-colic fistula. The first 35 cases have been reported in the D. med. W., 1939. As to the treatment of the peptic ulcer of jejunum one might briefly sum up the situation by saying that less radical surgical methods, such as excision of the ulcer with reconstruction of the stoma or degastro-enterostomy with the establishment of normal relations, have not led to lasting results. In most of the cases there were relapses on the sight of the anastomosis or on the duodenum. By far better results were obtained when resection of the anastomised segment was performed together with an extensive resection of the stomach.

Resection en bloc, performed in the case of gastro-jejuno-colic fistula showed a high mortality rate (30 to 60%) due to the poor condition of patients suffering from this affliction. The problem was solved by performing this extensive operation in two stages: first diverting the contents of the large intestine away from the fistula, and later when the vomiting and diarrhoea has ceases, performing the radical operation. In this way we were able to reduce the operative mortality to 10%.

The large majority of patients suffering from duodenal and gastric ulcers belong to the domain of the physician. About one fifth of the patients can be considered for surgical treatment. They are usually cases with a callous perforating ulcer and persistand pain which does not respond to internal treatment. Further we have the cases of gastric ulcers with a Haudeck's niche which likewise do not respond to internal treatment. Operative treatment is further indicated in cases which are sclerotic and combined with pyloric or mediogastric stenosis. Naturally operation is vital in the case of complications such as frequent haemorrhaging, perforation and neoplastic degeneration.

In the course of the last 20 years we have systematically performed extensive resection (2/3) of the stomach together with the pylorus and the first portion of the duodenum in the case of ulcers. Usually we used the Billroth II method or one of its modifications. The mortality rate at our clinic does not exceed 3% except in the cases of serious haemorrhage or perforation of the ulcer. In 90% of the cases we obtained good and lasting results, and this was proved by the lengthy observation of cases after operation. All other conservative surgical methods have been long abandoned because of the comparatively large number of relapses. We perform gastroenterostomy in some very rare cases when the patients are old and with little resistance and have callous ulcers and stenosis of the pylorus without a higher degree of acidity.

Resection of the stomach after Pean — Billroth was rarely performed, only in some 70 cases, i. e. a little over 5% of the total

number of resection for ulcers. Considering the favourable and lasting results obtained. I think this method should be more widely applied in spite of the limited possibilities, for it suits the physiological conditions better and is less of a strain for the patient. In this method no postoperative dumping syndrome occurs and there is no possibility of a relapse of the sight of the anastomosis.

Considering the immediate and later favourable results and good health conditions obtained by no other method of treatment, radical resection of the stomach is the method of choice in the surgical treatment of the ulcer, a sort of standard according to which the value of other methods can be judged. Although resection is not an ideal method for treating gastric and duodenal ulcers due to the fact that it encroaches on the anatomical and functional entity of the organ, it is nevertheless the most efficient method and the best means of preventing a relapse of the ulcer.

M. Kostić: Les problèmes de la maladie ulcèreuse
(au point de vue chirurgical)

R É S U M É

Les études cliniques très nombreuses, de même que les travaux expérimentaux au cours du siècle courant ont beaucoup contribué à l'élargissement de nos connaissances sur la pathogénie de la maladie ulcèreuse, mais le problème étiologique de la maladie n'a pas été encore complètement élucidé. L'étiologie de l'ulcère de l'estomac ou du duodenum ne se résume qu'à quelques théories essentielles (t. vasculaire, nerveuse, t. de la gastrite, de l'acidité du suc gastrique), dont chacune renferme une certaine part de la vérité. La conception actuelle de la maladie ulcèreuse est basée sur les éléments de ces théories, dont la valeur, en effet, n'était pas contestée tout à fait jusqu'à présent. D'après cette conception l'ulcère serait le produit des nombreux facteurs extrinsèques et intrinsèques, mais il n'est qu'une expression anatomique d'une maladie ulcèreuse, dont les causes primitives se trouvent en dehors de l'estomac, peut-être dans les centres supérieurs du système neuro-vegetatif (hypothalamus), qui seraient en relation avec la sphère psychique aussi bien qu'avec le tube digestif par l'intermédiaire du nerf pneumogastrique.

Quant au traitement adéquat de l'ulcère un accord unanime n'existe même pas parmi les chirurgiens. On discute souvent sur les indications et le choix des méthodes thérapeutiques chirurgicales et le problème est toujours en ordre du jour. L'introduction des méthodes thérapeutiques nouvelles a rendu le choix et la tâche du chirurgien encore plus difficile. L'attitude du chirurgien n'est surtout pas encore bien définie en présence d'une ulcère perforé ou d'une hémorragie profuse.

On a nettement l'impression que depuis la I-ere guerre mondiale, la fréquence de l'ulcère s'est accrue, quoique il est difficile de la démontrer par les statistiques. Un fait est certain c'est que al pourcentage entre l'ulcère gastrique et l'ulcère duodenal s'est considérablement modifié. Tandis qu'avant les dernières guerres la proportion était d'un à trois, actuellement l'ulcère duodenal est 7 fois plus frequent que l'ulcère gastrique, et peut-être plus. Les differents stress psychiques quotidiens, les grands chagrins et soucis, la peur puis la nourriture défectueuse, en un mot, les efforts psychiques et physiques pendant la guerre ont certainement contribué a l'apparition plus frequente de l'ulcère. On insiste de plus en plus sur le caractère psychosomatique de la maladie ulcéreuse.

Tous les auteurs sont d'accord que l'effet acido-peptique du suc gastrique joue un rôle dominant comme facteur local déterminant dans la genèse et le développement de l'ulcère. Le traitement chirurgical de l'ulcère a pour but de diminuer la sécrétion gastrique et de créer les conditions optima pour une évacuation libre de l'estomac. La gastrectomie large, la méthode actuelle la plus efficace du traitement de l'ulcère, realise ce but, mais au prix du sacrifice partiel de la fonction physiologique et d'une partie anatomique de l'organe.

En ce qui concerne les cas avec hémorragie massive, un désaccord évident reigné parmi les chirurgiens. La plupart d'auteurs, dont l'opinion nous partageons, sont d'avis qu'il ne faut pas faire une opération immédiate au moment de la première hémorragie grave, mais il faut essayer le traitement médical conservateur. Certes, il est des cas exceptionnels, ou nous devons intervenir: ce sont les cas ou les transfusions sanguines (evtl. par la voie intraartérielle) n'influencent guere la tension artérielle pour la relever et la maintenir, ainsi que les cas ou les malades après une amélioration temporaire se mettent à nouveau à saigner. Là, nous devons nous décider rapidement et intervenir dans les premières 24 à 48 h parce que après ce laps de temps la mortalité augmente notablement surtout chez les gens âgés.

Une complication bien dangereuse est la perforation de l'ulcère dans la cavité péritoneale libre.

Pendant 10 dernières années 115 cas de la perforation d l'ulcère ont été admis à notre clinique et pendant la même période du temps on a observé et opéré 664 malades porteurs de l'ulcère. Nos premières interventions consistaient en simple suture de l'ulcère perforé. Dans les dernières années, grâce aux antibiotiques, nous avons réduit la mortalité de 18 à 10% malgré que nous avons pratiqué la résection de l'estomac chaque fois quand c'était possible.

Le traitement conservateur des malades avec la perforation de l'ulcère par l'aspiration gastrique parmanent d'après la méthode de Taylor, ne s est pas maintenu dans l'application. Le but de cette methode est d'éviter l'intervention urgente immédiate chez les malades shoekés en particulier chez les gens âgés, cardiaques, pulmo-

naires et de remettre l'opération (gastrectomie) dans de bonnes conditions. Cette méthode, a à coté des ses avantages ses revers. C'est surtout le cas ou l'on commet des erreurs de diagnostic, qui peuvent avoir une issue fatale, comme p. ex. si l'on applique l'aspiration gastrique dans une appendicite perforée ou dans la perforation de la vesicule biliaire etc. Chez les malades, vus trop tard l'aspiration n'entre pas en considération, tandis que dans les cas precoces la suture simple de l'ulcère ou encore mieux la résection de l'estomac donne de bons résultats. Pour ne pas perdre le temps précieux et laisser passer les chances d'une intervention chirurgicale efficace, il faut surveiller ces malades de très près. L'amélioration apparente de l'état général et local nous autorise à continuer l'aspiration pendant un temps prolongé et ce n'est que l'aggravation rapide qui survient parfois même apres 12 heures et plus tard qui nous montre que l'ulcère ne s'est pas bouché.

Par opposition au cancer de l'estomac ou la résection radicale est en principe methode de choix sans contredit, l'ulcère est une affection relativement benigne et c'est pourquoi on a tenté de nombreuses methodes opératoires pour réaliser les meilleurs résultats possibles au prix de moindre risque. La vagotomie comme methode du traitement de l'ulcère se basant sur les principes physiologiques solides a été accepté à ses debuts avec une grande confiance. Plus tard, cependant, à la suite d'une application plus vaste de cette methode, un nombre croissant de communications a attiré l'attention sur les complications sérieuses et immédiates (l'atonie gastrique, retention consecutive du contenu de l'estomac, vomissements et diarrhée). Mais ce qui est encore pire, chez un quart de malades vagotomisés environ, déjà au cours de la première ou deuxième année, on constate le retour de l'acidité et de la motilité gastrique à un niveau qui existait avant l'opération. De même apparaissent des douleurs dans l'epigastre, le plus souvent en relation avec la récidue de l'ulcère, qui sont d'autant plus fréquentes que le temps de l'observation est plus long. C'était en realité la raison, que la vagotomie à quelques exceptions près, ne se pratique plus comme un procédé chirurgical isolé. Chez l'ulcère doudenal avec l'hypersecretion et l'hyperchlorhydrie la vagotomie a été appliquée avec succès, combinée toujours avec la gastro-enterostomie, ou encore mieux, avec la résection partielle de l'estomac. La vagotomie trouve son indication majeure dans les ulcères récidivants anastomotiques après la résection de l'estomac ou une résection iterative se presente comme une intervention difficile au point de vue technique et particulièrement dangereuse pour le malade.

La récidue postopératoire sur la bouche anastomotique ou plus exactement sur le jejunum (u. p. j.) nous revele un grand défaut des methodes chirurgicales, qui greve surtout la G-E, mais dont même la résection de l'estomac d'après Billroth 2 n'est pas tout-a-fait epargnée. Le pourcentage de u. p. j. à la suite de G-E, varie de 3 a 10%, dans la résection d' 1 a 2%.

Nos expériences personnelles sont basées sur 56 cas de u. p. j. traités chirurgicalement, dont 7 avec la fistule jejunocolique. Nous avons publié les 35 premiers cas en 1939. dans la Deutsche med. Wschrift.

En ce, que concerne le traitement u. p. j., nous pouvons dire que les méthodes chirurgicales palliatives, comme l'excision de l'ulcère avec la reconstruction de la bouche anastomotique ou bien la dégastroenterostomie avec rétablissement des rapports anatomiques normaux, n'ont pas donné des résultats durables. Chez la plupart des opérés on a pu constater une récurrence nouvelle sur l'anastomose ou l'apparition de l'ancien ulcère dans le doudenum. Les résultats sont de beaucoup supérieurs si l'on a pratiqué avec la résection du segment anastomotique en même temps la résection de l'estomac.

La résection en bloc pratiquée pour la fistule jejuno-coliques avait une mortalité très élevée (de 30 à 60%) par suite du mauvais état général de ces malades. Pour obvier à ces inconvénients on s'est décidé à doubler la façon de procéder: d'abord il faut faire la dérivation du contenu du gros intestin de la fistule et c'est seulement plus tard après la disparition des vomissements et de la diarrhée qu'on doit pratiquer l'opération radicale dans les conditions favorables et sur le malade bien amélioré. Ainsi le pourcentage de la mortalité a été réduit au 10% et audessous.

La plupart de malades porteurs de l'ulcère gastro-duodenal est du ressort du médecin-interniste. Ce n'est qu'une cinquième de ces cas qui nécessite le traitement chirurgical et ce sont en grande partie les malades avec ulcère calleux terebrant et des douleurs rebelles persistentes où le traitement médical ne donne aucun résultat. De même les ulcères de l'estomac avec la niche, qui ne reagissent au traitement conservateur, sont du domaine de la chirurgie. Ensuite les ulcères avec la stenose pylorique ou mediogastrique nécessitent l'intervention chirurgicale. Il est bien entendu que dans les cas de complications de l'ulcère, les hémorragies répétées, les perforations, la dégénérescence néoplasique l'intervention s'impose comme indication vitale.

A cours de ces 25 dernières années nous avons pratiqué chez les malades avec ulcère une large résection de l'estomac (deux tiers) avec le pylore et la première partie du doudenum la plupart du temps d'après la méthode de Billroth 2, modifiée par Hofmeister-Finsterer. La mortalité postopératoire dans notre clinique ne dépassait guère 3% excepté les cas avec hémorragie grave ou avec perforation de l'ulcère. Nous avons de bons résultats durables chez 90% des malades opérés, suivis périodiquement, pendant un temps prolongé. La gastro-pylorectomie d'après la méthode Pean-Billroth I nous avons appliqué en tout chez 70 malades, i. e. dans 5% du chiffre totale de nos résection de l'estomac pour ulcère. Nous sommes d'avis que cette méthode mérite une application plus large malgré les possibilités limitées, parce qu'elle est plus physio-

logique et moins choquante. Les malades opérés par cette méthode ne se plaignent pas du »dumping« syndrome et ne s'exposent pas au danger d'une récurrence anastomotique.

La gastrectomie large, en tenant compte des résultats immédiats et tardifs, que l'on n'arrive pas à réaliser par d'autres méthodes, présente la méthode de choix dans le traitement des ulcères de l'estomac et du duodenum. Bien que la résection gastrique n'est pas une opération idéale, parce qu'elle prive l'estomac d'une partie anatomique et fonctionnelle, elle reste néanmoins la méthode la plus efficace et le moyen le plus sûr contre la récurrence de l'ulcère.

M. Kostić:

ZUSAMMENFASSUNG

Die Probleme der Ulkuskrankheit

Die zahlreichen klinischen und experimentellen Studien der letzten Jahrzehnte haben ohne Zweifel sehr viel beigetragen zum besseren Verständnis der Pathogenese der Magen- und Duodenalgeschwüre. Bei alledem das komplizierte ätiologische Problem der Ulkuskrankheit konnte nicht restlos aufgeklärt werden. Wir sind diesbezüglich noch immer an die Theorien angewiesen. Die wichtigsten darunter sind die vaskuläre, gastritische, neurogene und Sauertheorie, denen eine gewisse Geltung bis heute nicht abgesprochen werden konnte. Aus Elementen dieser Theorien wurde die moderne Konzeption der Ulkuskrankheit, als einem Produkt der vielen exo- und endogenen Faktoren und Bedingungen konstruiert. Nach heutiger Auffassung das sichtbare Ulkus ist nur das prominente anatomische Symptom eines Leidens, dessen primäre Ursachen weit ausserhalb des Magens liegen, vielleicht in den höheren Centren des vegetativen Nervensystems (Hypothalamus), welche einerseits mit der psychischen Sphäre andererseits über Parasympathikus mit dem oberen digestiven Trakt in Verbindung stehen.

Angesichts der Unklarheit der Ätiologie, auch in der Frage der besten Behandlung der Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre besteht nicht einmal im Kreise der Chirurgen vollkommene Uebereinstimmung. Es wird noch immer dann und wann über die Indikationen und die Wahl der chirurgischen Methoden diskutiert. Mit der Einführung der neuen Behandlungsmethoden die Wahl ist noch schwieriger geworden. Besonders bei den Fällen mit akuten mässigen Blutungen und bei Perforation des Ulkus die Stellungnahme des Chirurgen ist nicht genügend präzisiert.

Alle Autoren sind darüber einig dass die Häufigkeit der Ulkuskrankheit seit dem ersten Weltkrieg erheblich zugenommen hat, was sehr wahrscheinlich ist aber schwer statistisch zu beweisen wäre. Es ist aber zweifellos festgestellt eine starke Verschiebung im Zahlenverhältnis zwischen Magen- und Duodenalgeschwür. Nach heutiger Schätzung das Duodenalgeschwür ist mindestens 7 mal

häufiger als Magengeschwür. Psychische Erschütterungen, Aufregungen, Sorgen, Furcht nebst mangelhafter und schlechter Ernährung, kurz, seelische und körperliche Strapazen, denen die Menschen während der letzten Kriege ausgesetzt waren, sollten die Gründe der höheren Frequenz des Duodenalulkus sein.

Die überwiegende Mehrzahl der massgebenden Autoren ist der Ansicht dass die freie Salzsäure des Magensaftes als letzter, unmittelbarer Faktor in der Entstehung und weiterer Entwicklung des Ulkus die Hauptrolle spielt. Dementsprechend, die chirurgische Behandlung des Gastroduodenalulkus bezweckt einreseits möglichst starke Herabsetzung der Produktion der Magensäure und anderseits Schaffung günstiger Bedingungen für ungestörte Entleerung des Magens. Die breite Resektion des Magens, zur Zeit noch immer die erfolgreichste Behandlungsmethode des Ulkus, erreicht dieses Ziel allerdings um den Preis der partiellen Opferung der anatomischen und physiologischen Integrität des Organs.

* * *

In der Frage der Behandlung der Fälle mit akuten massiven Blutungen aus Ulkus die Ansichten der Chirurgen sind verschieden. Die meisten denen wir uns auf Grund der eigenen Erfahrung anschliessen, stehen auf dem Standpunkt dass man nach der ersten schweren Blutung nicht unmittelbar intervenieren, sondern die konservative Behandlung anwenden soll. Eine Ausnahme machen jene Fälle bei welchen man nicht einmal mit der Bluttransfusion (ev. intraarteriel) den Blutdruck heben und erhalten kann, ferner die Fälle die nach vorübergehender Besserung wieder zu bluten anfangen. Da müssen wir uns rasch entschliessen und operativ eingreifen, womöglich in der ersten 24 bis 48 Stunden, weil nach diesem Termin die Prozentzahl der Sterblichkeit progresiv steigt, besonders bei älteren Personen.

* * *

Eine weitere schwere Komplikation des Ulkus ist die Perforation in die freie Bauchhöhle. In der letzten 10 Jahren wurden auf unsere Klinik die eine Zeitlang auch als Unfallstation fungierte, 115 Kranke mit der Diagnose Ulkusoperation aufgenommen, während für denselben Zeitabschnitt 664 andere Fälle mit Ulkus beobachtet und operiert wurden. Wir haben uns anfangs bei der Mehrzahl der Fälle auf einfache Uebernähtung des perforierten Ulkus beschränkt. In den letzten Jahren konnten wir, dank den antibiotischen Mitteln, die operative Sterblichkeit von 18 auf 10% und neuerdings noch darunter herabsetzen, obwohl wir viel häufiger sofort Magenresektion ausgeführt haben.

Konservative Behandlung der Ulkusperforation mit permanenter Aspiration des Mageninhalts nach der Methode H. Taylor, hat in der Praxis keine breitere Anwendung gefunden. Der Sinn dieser Methode ist die Vermeidung der dringenden Intervention bei älteren Patienten mit häufigen Komplikationen von Seiten der Lunge und des Herzens, damit man später nach gründlicher pre-

operativer Vorbereitung unter besseren Bedingungen die Operation, vielleicht sogar Resektion des Magens, ausführen kann. Diese Methode hat auch ihre Nachteile. Diagnostische Fehler können fatal werden, wenn man z. B. bei Perforation des Appendix oder der Gallenblase die Aspiration installiert. Bei verschleppten Fällen mit beginnender Peritonitis die Methode nach Taylor komme nicht in Betracht. Bei frischen Fällen dagegen die einfache Übernähung oder noch besser die Magenresektion gibt gute Resultate. Bei der Anwendung der kontinuierlicher Magenaspiration muss man streng aufpassen durch ständige Überwachung der Kranken, dass man nicht die teure Zeit und Günstige Chancen für operative Intervention versäumt. Die Besserung des allgemeinen Zustandes und des lokalen Befundes, welche uns erlauben mit der Aspiration fortzusetzen, kann nur trügerisch sein (dank der Wirkung der Antibiotika) und plötzliche Verschlimmerung als Beweis dass die Obturation des perforierten Ulkus ausgeblieben ist, erst spät nach 12 und mehr Stunden eintreten.

* * *

Während beim Magenkrebs a priori radikale Resektion angenommen wurde, beim Ulkus, einer relativ gutartigen Erkrankung, wurden verschiedene chirurgische Behandlungsmethoden ausprobiert, und mit kleinsten Risiko bestmögliche Resultate zu erzielen.

Vagotomie als eine neue operative Behandlungsmethode wurde anfangs mit grossem Vertrauen aufgenommen. Später, indessen, mit breiterer Anwendung dieser Methode wuchs auch die Zahl der Berichte von verschiedenen Komplikationen infolge der Atonie des Magens (Retention des Mageninhaltes, übles Aufstossen, Erbrechen), ausserdem bei einer Minderzahl der vagotomierten Fälle hartnäckige Diarrhöen. Was aber viel ärger ist, ungefähr bei einem Viertel der Operierten nach dieser Methode noch im Laufe der ersten zwei Jahre kehren Motilität und Sekretion des Magens auf vorheriges Niveau zurück, des gleichen treten die früheren Schmerzen auf, meist im Zusammenhang mit Ulkusrecidiv, dessen Procentsatz um so grösser ist je länger die postoperative Beobachtung beträgt. Dies war der Grund dass die Vagotomie, ausgenommen gewisse seltene Fälle, nicht mehr als selbständige operative Procedur angewendet wird, sondern nur in Kombination mit G-E oder noch besser mit der partiellen Magenresektion. Ihre berechtigte Indikation findet diese Methode bei postoperativen anastomotischen Ulzera nach vorheriger Gastrektomie, wo eine weitere Resektion des Magens technisch schwieriger und für den Kranken gefährlicher Eingriff wäre.

* * *

Das postoperative Jejunalulkus (u p. j.) ist ein grosser Nachteil der chirurgischen Behandlungsmethoden der gastroduodenalen Geschwüre, welcher am meisten G-E belastet (3 bis 10%), von dem aber auch die Resektion nach Billroth 2 nicht gänzlich verschont bleibt (1 bis 2%). Eigene Erfahrung bezieht sich auf 56 beobachte-

ten und operierten Fälle von u. p. j., darunter 7 Fälle mit Jejunum-Kolon-Fistel. Die ersten 35 operierten Fälle sind bereits veröffentlicht worden (D. med. Wschrft 39. Nr. 19). Bezüglich der operativen Therapie könnte man zusammenfassend sagen, dass wir mit konservativen chirurgischen Methoden, wie lokale Excision des Ulkus mit Rekonstruktion der meist verengten Anastomose oder Degastroenterostomie mit Wiederherstellung der normalen anatomischen Verhältnisse keine Dauerfolge erzielt haben. Früher oder später kam es bei der Mehrzahl der Operierten zu Rückfallgeschwüren an der Anastomose oder am Duodenum. Weit bessere Resultate konnten wir verzeichnen als wir systematisch mit der Resektion des anastomotischen Segmentes gleichzeitig ausgiebige Gastrektomie ausgeführt haben.

Resektion en bloc angewendet in den Fällen mit Jejunum-Kolon-Fistel war mit hoher Mortalität belastet (30 bis 60%) wegen äusserst schlechten Allgemeinzustandes solcher Patienten. Das schwierige Problem wurde derart gelöst dass der riesige Eingriff zweiseitig ausgeführt wurde: im ersten Akt Ableitung des Dickdarminhalts von der Fistel durch eine proximale Kolostomie oder Ileosygmoidostomie, und zwei bis drei Monate später, nachdem sich der Kranke nach Aufhören des Erbrechens und der Durchfälle ordentlich erholt hat, Resektion des Magens sammt der Fistel und dem proximalen Kolon. — Auf diese Weise die Sterblichkeit konnte auf 10% und darunter herabgesetzt werden.

Die überwiegende Mehrzahl der Kranken mit Ulkus kann intern behandelt werden. Nur bei einem Fünftel der Fälle ungefähr kommt die chirurgische Therapie in Betracht. Das sind meistens Fälle mit kallösen penetrierendem Ulkus und hartnäckigen Schmerzen, bei denen die interne Behandlung nicht viel oder gar nicht hilft. Ferner, Fälle mit Magengeschwür und grosser Nische welche auf interne Behandlung nicht reagiert schon wegen Verdacht auf karzinomatöse Degeneration des Ulkus sollen operativ exploriert werden. Desgleichen die Gastroduodenalgeschwüre mit mediogastrischer oder Pylorusstenose verlangen operative Intervention. Überflüssig zu sagen, das bei Komplikationen des Ulkus (grosse Blutungen die sich wiederholen, Perforation, neoplastische Entartung) die vitale Indikation zum chirurgischen Eingriff besteht.

In den letzten 25 Jahren wir haben bei Ulkusfällen ausgiebige 2/3 Magenresektion sammt dem Pylorus und dem Anfangsteil des Duodenums systematisch ausgeführt, meist nach der Methode Billroth 2, genauer nach einer Modifikation derselben (Hofmeister-Finsterer). Die operative Sterblichkeit, ausgenommen Fälle mit schweren Magenblutungen und mit Perforation des Ulkus, überschreitet nicht 3%. Wirklich gute und dauernde Erfolge, festgestellt auf Grund der längeren Beobachtung einer grösseren Anzahl der operierten Fälle wurden in 90% erzielt. G-E wird sehr selten in den letzten Jahren angewendet. Alle andere konservative chirurgische Methoden haben wir wegen hoher Prozentzahl der Recidive

längst aufgegeben. Die Resektion nach Billroth 1 wurde bei uns relativ selten ausgeführt (70 Fälle, oder etwas mehr als 5% von der Gesamtanzahl unserer Resektionen wegen Ulkus). Angesichts der vorzüglichen unmittelbaren und späteren Erfolge, wir sind der Meinung, dass diese Methode trotz der begrenzten Möglichkeiten bei Ulkus duodeni doch eine breitere Anwendung verdient. Postprandiales »dumping«-syndrom ist nach Billroth 1 unbekannt, auch besteht keine Möglichkeit zur Entstehung eines u p. j. — Nachteile welche der Methode Billroth 2 anhaften.

Radikale Magenresektion nach der ersten oder zweiten Billroth-Methode, hinsichtlich der hohen Prozentzahl der Dauerheilungen (90% und darüber), welche von keiner anderen therapeutischen Prozedur erreicht werden konnte, ist die Methode der Wahl der chirurgischen Behandlung des gastroduodenalen Ulkus, eine Art Standard-operation, nach welcher die anderen operativen Methoden bewertet werden. Wenn auch die Resektion keine ideale Operation darstellt, da sie die anatomische und funktionelle Integrität des Magens beeinträchtigt, sie ist jedenfalls die erfolgreichste chirurgische Massnahme und das beste prophylaktische Mittel gegen Rückfallgeschwüre.

L I T E R A T U R A

- Allen A. W. Surg. Gyn. & Obstetr., 1951., Nr. I.
 Andrejević M., Naučna knjiga, Beograd, 1952.
 Beathie A. D., Brit. Med. Journ. 1951., 4713., Lancet 1950. I/12.
 Brown J. R., Arch. Surg., Chicago, 1950. 61/70.
 Bsteh H. Arch. klin. Chir., 1933., 175.
 Butler T. J., Capper W. M. Brit. Med. Journ. 1951., 4726.
 Finsterer H. J. Int. Coll. Surg. 1949. Nr 5; Wiener med. Wschrift, 1947. Nr I.; Zentralbl. Chir., 1942. Nr 12; Surg. Gyn. & Oustetr. 1932., V, 68, 334:346.
 J. Johnson, T. Machella, Surg. Clin. N. A.
 Kalk H. Neue Deutsche Klinik, 1930, Bd. 6.
 Kostić M. Srp. Arh., 1923, Nr. 12., Med. Preg'ed, 1927, Nr. 6. I. Jugosl. Kongres Hir., 1934, D. Med. W. 1939., 19.
 Klingenstein P. Surg. Clin. N. A., April 1947.
 Letton A. H. Amer. Surg. 1951, 17/9.
 Meulengracht. Wiener klin. W. 1936, 1481. Münchn. med. W. 1937.
 Mandl J. J. Mt. Sinai Hosp. 1951.
 Newcomb. Brit. J. Surg. 20, 279, 1932.
 Dragstedt L. R. Journal int. Chir. T. X. Nr I.
 Porter M. Harvey H. D., Schulinger R. N. Arch. Surg. 1950, 60/6.
 Pfeiffer, Kent. J. Amer. Surg. 1939, 110:659.
 Nissen R. J. Int. Coll. Surg. 1:1, 1942.
 Lahey F. H., Marshall S. F. Surg. Gyn. & Obstetr. 76:641, 1943.
 Quenu J. Mem. Acad. Chir. 76, (4—5) 1950.
 Sylvain Blondin et collab. Mem. Acad. Chir. T. 47, Nr 29, 1951.
 Smith W. H. Lancet 1951, 2/17.
 Plenk A., Schrom A. Centralbl. Chir. 1951. 76 Jg. H. 24a.
 Stevens G. A. J. Amer. Med. Ass. 1950.
 Simić, Bukurov. Srp. Arh. 1949, Sv. 5—6.
 Walters W., Belching A. Proc. Mayo Clin. 1951, 26/II.