



Baština Akademije nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine

RADOVI IV, knj. 2.

Kovačević, Blagoje

1956

Akademija nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine

<https://bastina.anubih.ba/items/1fa4092f-d18e-44fe-be10-f55def0edd42>

Preuzeto s Baštine Akademije nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine

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

NAUČNO DRUŠTVO NR BOSNE I HERCEGOVINE

RADOVI

KNJIGA IV

ODJELJENJE MEDICINSKIH NAUKA

Knjiga II



SARAJEVO
1956

BLAGOJE KOVAČEVIĆ i MIROSLAV KRETIĆ

SAVREMENA HIRURGIJA ŽELUCA I DUODENUMA S NAROČITIM OBZIROM NA TERAPIJU AKUTNIH KOMPLIKACIJA ULKUSNE BOLESTI

(Primljeno na sjednici Odjeljenja medicinskih nauka 18. V. 1955)

Iako je dijagnostika ulkusne bolesti dovoljno ispitana i uglavnom potpuno utvrđena, a metode lečenja kako konzervativne tako i operativne veoma dobro razrađene, ipak se još i danas u svima medicinskim časopisima kao i na kongresima tretira problem želučano-duodenalnog ulkusa, što znači da je to pitanje još uvek na dnevnom redu.

Ako se kritički analizira terapija gastroduodenalnog ulkusa, dolazi se do zaključka: da je to vanredno složen problem koji iziskuje razna objašnjenja. Do danas kod većine autora vredi kao princip terapije Billrothova resekcija želuca uz izvesno temporeno konzervativno lečenje, jer ona oslobađa bolesnika ne samo od ulkusa već i izvesnog broja raznih faktora koji uslovljavaju njegovu pojavu i dalji razvitak.

Prema savremencm shvatanju svako lečenje treba da odgovori na dva zahteva: prvo, da pomogne bolesnicima i da ih oslobodi sasvim, ili bar na duže vreme, njihovih tegoba, a drugo, da postignuti efekat ima naučno obrazloženje, koje se zasniva na zakonima opšte patologije, patološke fiziologije i biohemije.

Međutim, resekcijom želuca nije rešen problem terapije ulkusne bolesti. Resekcija dolazi u obzir kao metoda izbora samo kod izvesnih ulkusnih komplikacija kao što su: perforacije, krvavljenja, penetracije, stenozе itd., dakle svuda gde postoji vitalna ili apsolutna indikacija za operativno lečenje. Tome možemo dodati i to da i svaki verificirani ulkus želuca iziskuje resekciju zbog opasnosti maligne degeneracije.

Većina se bolesnika posle resekcije oseća sasvim dobro i osposobljena je za svoj raniji poziv. Ali, ima izvestan broj bolesnika sa gastroduodenalnim ulkusom kod kojih ne postoji vitalna, odnosno apsolutna indikacija za resekciju, već samo relativna, i gde smo u dilemi da li treba operisati ili ne, jer znamo, da se baš takvi pacijenti posle izvršene resekcije ne osećaju ništa bolje i da imaju iste poteškoće kao i pre operacije. To je ujedno i dokaz da resekcijom želuca nije rešen problem ulkusne terapije, što je posve ra-

zumljivo, pošto je već odavno poznato da ulkusno oboljenje nije lokalno oboljenje želuca i duodenuma, već oboljenje organizma koje počiva uglavnom na poremećajima neurovegetativnoga i endokrinoga sistema.

Saegesser postavlja pitanje: da li je cena koju plaća bolesnik resekcijom želuca previsoka za postignuti rezultat, bar u izvesnim slučajevima. Istina je, kaže on, da se ne može čekati sa resekcijom dok se ne pronađe pravi uzrok ulkusnog oboljenja i da je treba primenjivati sve dok se ne nađe ispravna, kauzalna, operativna ili konzervativna terapija.

Potpuno poznavanje i pravilno tumačenje etiologije i patogeneze ulkusne bolesti učinilo bi, vrlo verovatno, veliki preokret u terapiji toga oboljenja, a tome teže mnogi autori današnjice.

Büchner je pokušao da protumači genezu gastroduodenalnog ulkusa delovanjem naročito aktivnog želučastog soka na sluznicu želuca i duodenuma. Prema njegovom tumačenju morale bi se prve patološke promjene pojaviti u epitelu sluznice. No, prema tvrđenju većine patologa početne patološko-anatomske promene su hemoragične erozije koje se pojavljuju u dubljim slojevima mukoze. Na osnovu toga Jarno je zaključio da i najaktivniji želučasti sok nije u stanju da provocira ulkus sve dotle dok je zid želuca i duodenuma intaktan. Sa ovom pretpostavkom složio se i Bergmann, koji smatra da je peptično delovanje želučastog soka kadro da proizvede izvesne promene na zidu želuca i duodenuma samo u onom slučaju kada je on već oštećen delovanjem nekog drugog faktora. Taj drugi faktor je neuro-vegetativni sistem, odnosno pojava disharmonije u istom, što dovodi do spazma krvnih sudova želuca ili duodenuma. Spazam krvnih sudova, naročito arteriola i kapilara mukoze, prouzrokuje lokalnu ishemiju sluznice usled čega je ona slabije hranjena i zato manje otporna nagrizanju želučastih sokova.

Ova Bergmannova neurogena teorija o genezi ulkusa ima dosta prigovora, jer kada bi ona bila potpuno ispravna onda bi i eksperimentalno izvedena anemija nekih delova želuca dovela do promena u pojedinim slojevima želučastog zida i konzekventno do erozije i ulkusa. Ali, mi vidimo kod plastike reseciranog ezofagusa pomoću želuca, gde veliki dio želuca skeletiramo i transponiramo u torakašnu šupljinu, da kod tih slučajeva ne dođe do erozije niti do pojave ulkusa, pokraj svega što tada nastaju veliki poremećaji u vaskularnom sistemu želuca.

Osim toga Bergmannova teorija ne može da nam protumači postojanje predilekcionih mesta u želucu i duodenumu za stvaranje ulkusa kao što su: mala krivina, pilorus i njegova neposredna okolina. Ta činjenica dovodi na pomisao da mora postojati neki specifični gastrotopni faktor, koji odlučuje o lokalizaciji ulkusa. Ovo može donekle da objasni Aschoffova mehaničko-funkcionalna teorija, koja navodi da su baš ta mesta gde se ulkus najčešće javlja najviše izvrgnuta mehaničkom delovanju hrane.

Bergmannovu neurogenu teoriju dalje je razradio Cushing i to na osnovu svojih zapažanja kod perforacije gastroduodenalnih ulkusa posle operacije bazalnih tumora mozga. Prema njegovom

mišljenju, želudac je funkcionalno podređen centralnom živčanom sistemu, a mesto podražaja za cefaličnu fazu sekrecije želudačnog soka nalazi se u diencefalonu i to u tuber cinereumu odakle polaze vlakna u mezencefalonu i medulu oblongatu i komuniciraju sa jezgrom vagusa a preko vagusa prenose impulse na autonomni nervni sistem želuca. Do istog zaključka došli su i mnogi drugi autori. Schiff i Eppstein su u eksperimentima na životinjama izvodili lezije nervnih vlakana između hipotalamusa i jezgre vagusa i dobili erozije mukoze želuca, a zatim pojavu ulkusa sa profuznim krvavljenjem.

Beattie je uspeo da električnim podražajem tuber cinereuma izazove stvaranje ulkusa u želucu i duodenumu. Levrat, Brette i Richard primetili su da kod encefalitičnih žarišta, koja leže na dnu treće i četvrte komore i u hipotalamusu, često dolazi do pojave gastroduodenalnih ulkusa, koji su obično praćeni teškim komplikacijama. B. V. Ognjev je podraživao pojedine subkortikalne centre pasa injekcijama 0.1—0.2 cm² 0.1% rastvora formalina i zapazio krvavljenja i tromboze krvnih sudova mukoze, a zatim nekroze iz kojih se razvio tipičan ulkus želuca.

Na temelju navedenih radova, mišljenja i tumačenja raznih autora može se zaključiti da vagus prenosi sekrecioni podražaj od centralnog nervnog sistema na želudac, odnosno na njegov autonomni nervni sistem.

Imajući to u vidu, već pre 40 godina Latarjet je vršio vagotomiju kod želudačno-duodenalnog ulkusa, ali ta terapija nije bila mnogo primenjivana, te je ostala gotovo nepoznata sve do njene ponovne rehabilitacije od strane Dragstedta 1943 god., kada je on publicirao odlične rezultate postignute vagotomijom u lečenju gastroduodenalnih grizlica. Veliki broj hirurga na raznim krajevima sveta prihvatio je tu metodu sa naročitim oduševljenjem, ali prvobitni entuzijazam za vagotomiju tokom vremena znatno je opustio, jer su novija ispitivanja i iskustva pokazala da je vagus doista jedan put koji igra važnu ulogu u patogenezi ulkusa, ali ne i jedini. Pogotovo kada znamo, na osnovu eksperimentalnih radova Bickela, koji je vršio presecanje svih ekstragastričnih živaca, da je druga mehaničko-hemijska faza sekrecije želuca sasvim nezavisna od vagusa.

Deset godina posle uvođenja vagotomije u terapiju gastričnog ulkusa od strane Dragstedta publicirao je Mandl svoja iskustva sa ovom metodom u terapiji perforativnih ulkusa, gde on preporučuje uz suturu perforacije još i vagotomiju. Na osnovu našega iskustva i imajući u vidu sve ranije navedeno, mišljenja smo da se tom metodom ne postižu naročito povoljni rezultati, a pogotovo ne trajni, i ne verujemo da će autor u tom pogledu imati veći broj sledbenika.

Ukoliko od živaca izolirani želudac i dalje prima sekrecione podražaje, onda bi oni mogli nastati delovanjem hormona, koji u želudac dospevaju hematogenim putem. Pa ako je diencefalon, kako to smatra Cushing, nadređeni centar za sekrecione impulse

želuca, bio bi logičan zaključak, da se hormonalni centar za želudac nalazi u prednjem režnju hipofize. I doista pošlo je za rukom Saegesseru da kod zamoraca provocira sa injekcijama vodenog ekstrakta hormona prednjeg dela hipofize tipične erozije i ulcera, koja su patohistološki u celosti odgovarale humanom gastroduodenalnom ulkusu, i to u najrazličitijim fazama njegova razvitka.

U prilog hormonalnoj teoriji govori i činjenica, da kod terapije sa ACTH i kortizonom dolazi više puta do pojave gastroduodenalnog ulkusa ili do ekzacerbacije hroničnih kaloznih ulkusa sa teškim komplikacijama kao što su perforacija i krvavljenja. Iz toga sledi, da bi morali postojati neki centralni, hipofizarni, hormonalni uticaji na funkciju želuca i duodenuma. I ukoliko bi dalji eksperimentalni radovi potvrdili tu pretpostavku, tada bi želudačnoduodenalna grizlica bila samo morfološki simptom neke neuroendokrine disfunkcije, a ulkusna bolest oboljenje neurovegetativnog odnosno endokrinog sistema.

Osim ovih glavnih faktora u patogenezi ulkusne bolesti ima još čitav niz poznatih i nepoznatih endogenih i eksogenih noxa, koje neposredno ili posredno preko napred spomenutih sistema deluju na sluznicu želuca i duodenuma. To su u prvom redu psiho-reflektorni momenti. Kod javnih radnika, kod intelektualaca na odgovornim mestima, često se javlja ulkusna bolest. Isto tako ratna uzbuđenja, kao i nesređen život neposredno iza rata prouzrokuju u velikoj meri porast ulkusnog oboljenja. Mi smo imali prilike da u našoj ustanovi vidimo tri slučaja perforacije ulkusa želuca u toku 24 časa i to 12. i 13. aprila 1941. godine, a u tom vremenu bilo je više puta bombardovano Sarajevo. Od ova tri slučaja, jedan je više puta bolovao i bio lečen od ulkusa želuca, dok druga dva nikada ranije nisu imali nikakvih naročitih poteškoća sa strane digestivnog trakta. Za vreme operacije kod sve trojice nađen je kalozni perforativni ulkus.

Prema raznim statistikama može se zaključiti da je broj ulkusnih oboljenja kod žena u poslednja dva decenija znatno porastao. Da li je tome uzrok to, što su žene u mnogim zemljama sada više opterećene raznim dužnostima nego ranije ili je posredi neki drugi razlog, teško je reći.

Osim navedenih uzroka i mehanički, termički, hemijski i toksični nadražaji igraju izvesnu ulogu u etiologiji ulkusa. Neki autori kao Levraf, Brette, Richard i drugi misle da do pojave gastroduodenalnog ulkusa može doći i posle traume u epigastriumu. U takvim slučajevima radi se verovatno o već postojećoj predispoziciji za ulkusnu bolest, ili o tome da je hronični ulkus postojao pa je akutno ekzaserbirao.

Isto tako opekotine mogu provocirati želudačne grizlice koje katkada u toku nekoliko časova perforiraju ili dolazi do jačeg krvavljenja.

Takođe intoksikacije nikotinom, kofeinom i alkoholom stvaraju predispoziciju za ulkusno oboljenje. Kod bolesnika sa hroničnim ulkusom mogu salicilati, sulfonamidi i antibiotici izazvati akutnu ekzacerbaciju.

Konačno i alergička komponenta ima neki značaj u patogenezi ulkusa, što je i eksperimentalno dokazano, a i iz iskustva znamo da pogoršanje hronične ulkusne bolesti obično se javlja u jesen i proljeće, to jest baš u vreme kada alergeni dolaze u najvećoj meri po izražaja.

Hereditarni momenat kod ulkusne bolesti dokazan je u 25% slučajeva.

Iz svega navedenog može se izvesti zaključak: da u etiologiji i patogenezi ulkusne bolesti igraju ulogu mnogobrojni i vrlo različiti poznati i nepoznati faktori i da je dosadašnja operativna i konzervativna terapija ulkusa samo simptomatološka, a ne i kausalna.

Međutim, u lečenju ulkusne bolesti posebno mesto zauzimaju akutne komplikacije, kod kojih postoji vitalna indikacija za operativni poduhvat. Te komplikacije su perforacije i krvavljenja i mi ćemo se u našem referatu uglavnom zadržati na njima, iznoseći stanovište naše klinike u pogledu terapije tih komplikacija.

Mi stojimo na gledištu, kao i veliki broj hirurga, kako u našoj zemlji tako i u svetu, da perforacija ulkusa u slobodnu trbušnu šupljinu zahteva hitni operativni poduhvat, iako se jedan znatan broj poznatih autora zalaže za konzervativno lečenje perforiranih grizlica. Cilj je te konzervativne terapije sprečiti dalje izlivanje gastroduodenalnog sadržaja u slobodnu trbušnu šupljinu. To se postiže trajnom sukcijom želudačnoduodenalnog sadržaja, pri čemu nastaje i negativni pritisak u želucu koji privuče omentum na mesto perforacije gdje se on brzo slepi i zatvori perforaciju. Na taj način rezultira ono što se ranije postizalo operativnim putem pomoću suture. Borba protivu već nastalog peritonitisa sprovodi se pomoću antibiotika. Pristalice konzervativne terapije savjetuju da se sukcija ne primenjuje ako je prošlo više od šest časova od momenta perforacije.

Mi nemamo dovoljno iskustava u lečenju perforacije pomoću sukcije, ali ako se kritički osvrnemo na ovu metodu, i na ono što nam je poznato, dolazimo do zaključka: sve što se želi postići sukcijom u većini slučajeva nastaje spontano, to jest omentum sa okolnim organima zatvori perforirano mesto, ali se ipak razvije difuzni peritonitis. To je dokaz da reaktivne komponente organizma nisu uvek u stanju da stvore čvrstu barijeru oko mesta perforacije, bilo da je otpornost organizma smanjena iz raznih razloga ili da je bakterijalna flora želuca, odnosno duodenuma suviše virulentna i prodorna. I baš zbog toga mi smo izmenili naš dosadašnji stav kod slučajeva pokrivenne perforacije i ne posmatramo, kao i pre dalji razvitak procesa, pa ako ovaj ide u smislu regresije čekamo, a ako nastupe akutni simptomi difuznog peritonitisa tek onda interвениšemo. Danas smo od početka aktivniji i radikalniji. Po našem mišljenju prekrivena perforacija iziskuje isti postupak kao i ona u slobodnu trbušnu šupljinu, a tim više što je u pojedinim slučajevima klinički teško diferencirati da li je perforacija tecta ili libera.

Ne vidimo razloge koji bi govorili u prilog prepuštanja organizmu da sam vodi borbu oko reparacije patološkog procesa, ako smo mi u mogućnosti da mu operativnim zahvatom, kao i savremenom terapijom pre i posle operacije, pomognemo kako bi što pre likvidirao nastale patološke promene. Osim toga hitnim operativnim zahvatima preveniramo razne komplikacije koje bi eventualno u roku od nekoliko dana ili sedmica mogle da nastupe kao što su: difuzni peritonitis, akutni pankreatitis, subfrenični apsces, ponovna perforacija, krvavljenje, penetracija, bulbostenozna itd., a koje komplikacije bezuslovno zahtevaju operativnu intervenciju.

Više puta se dešava da kod pokrivenne perforacije dođe do stišavanja akutnih simptoma, a zatim kroz 10—15 dana do pojave recidiva i manifestacije akutnog abdomena usled raskidanja barijere koja je ograničavala mesto perforacije.

Takvih slučajeva imali smo više na našoj klinici, pa ćemo između ostalih navesti samo neke vrlo karakteristične koji potvrđuju ove navode. 26. februara 1952. godine bio je primljen na kliniku B. J. 51 godinu star, službenik iz Sarajeva sa dijagnozom: ulcus ventriculi, perforatio tecta. Iz anamneze moglo se ustanoviti da je on duže vremena bolovao od ulkusne bolesti i da se lečio medikamentozno kao i povremenim odlaskom u razne banje. Oko pet časova izjutra probudio ga je oštar bol u epigastrijumu, te je već oko devet časova istoga dana bio na klinici. Pri pregledu ustanovljeno je: jezik obložen i vlažan, puls 80 u minuti, dobro punjen i ritmičan, prednji trbušni zid nešto zategnut i osetljiv, a naročito u epigastrijumu, temperatura 38.7 C., opšte stanje dosta dobro. Leukocita 8.600. Broj eritrocita 4,350.000. Sedimentacija u prvom času 10, a u drugom 18 mm. Kako se stanje bolesnika od dolaska na kliniku stalno i postepeno popravljalo, mi smo odustali od operativnog poduhvata. Posle 13 dana poboljšanja i nestanka svih akutnih simptoma, kada smo imali nameru da bolesnika pustimo kući, pojavili su se simptomi akutnog abdomena. Odmah, to jest 9. III. 1952. godine izvršena je laparotomija i ustanovljeno da je postojala pokrivena perforacija i da je iz nekih nama nepoznatih razloga došlo do raskidanja barijere stvorene ranije oko perforacije, te difuznog peritonitisa. Vrlo sličan slučaj imali smo krajem avgusta i isti je operisan 4. IX. 1952. godine.

Kod većine slučajeva pokrivenne perforacije ranije smo postupili tako da smo posle 10—15 dana, pošto nestane akutnih znakova, otpuštali bolesnike kući s tim da dođu kroz 4—6 meseci na kliniku radi operativnoga poduhvata. Od tih bolesnika ponovo je došlo na kliniku svega 30% i to uvek sa velikim kliničkim nalazom. Za vreme operacije obično su nađene mnogobrojne zaraslice oko kaloznog ulkusa koji je penetrirao u jetru ili pankreas, ili je nastala stenozna bulbosa.

Iz navedenih razloga promenili smo naš dosadašnji stav prema pokrivennoj perforaciji i tretiramo je gotovo isto tako kao i perforaciju u slobodnu trbušnu šupljinu. Posle detaljnog kliničkog pregleda i pripreme vršimo operativni zahvat. Koju vrstu operacije

ćemo izvesti, to zavisi od opšteg stanja, a naročito od kardiovaskularnog sistema svakog pojedinog bolesnika, o čemu ćemo opširnije govoriti kada budemo iznosili stav naše klinike prema slobodnoj perforaciji.

Pristalice konzervativne terapije perforacija sukcijom navode da treba budno paziti na proširenje peritonealnih simptoma i u slučaju njihova pojačanja napustiti sukciju i pristupiti operativnom lečenju. Veoma je teško često puta te nijanse pogoršanja u prvim časovima odrediti, jer već prvih šest časova imamo više puta izražene znakove difuznog peritonitisa. Sama sukcija u prvom momentu dovodi do izvesnog subjektivnog i objektivnog poboljšanja, i to malo poboljšanje može da nas zavede da odmah radikalno ne interвениšemo.

Mi smatramo da je neznatan broj hirurga, sa dovoljnim iskustvom u abdominalnoj hirurgiji, koji bi se odlučio na sukciju, kada mu bolesnik dođe u najpovoljnije vreme za operativnu intervenciju, pa da čeka hoće li se stanje bolesnika pogoršati ili neće, pošto je svakome dobro poznato da proteklo vreme od perforacije do operativnog zahvata utiče u velikoj meri na uspeh operacije i sudbinu bolesnika.

Američki autori Mikal i Morison, iznoseći svoju statistiku perforisanih ulkusa, navode da su od 500 slučajeva kod 32 primenili konzervativnu terapiju kontinuiranom sukcijom i od toga broja 27 slučajeva je letalno završilo, što iznosi 84.3%. Taj visoki mortalitet je sasvim razumljiv ako se uzme u obzir da su to bili veoma teški slučajevi, a neki čak i moribundni već kod samoga prijema na kliniku.

Girardi i Bencini pokušali su na psima da trajnom sukcijom održe želudac potpuno prazan, ali u tome nisu uspeali. Taj neuspeh objasnili su negativnim pritiskom koji vlada u duodenumu. I to je jedan važan prilog dokazima da metoda izbora u terapiji perforiranog ulkusa treba da bude samo hirurška, jer sukcijom ne možemo postići ni ono što postizemo samo suturom.

Kontinuirana sukcija ima i tu negativnu stranu što crpeći želudačni sok eliminiše veliku količinu tečnosti iz organizma, koja je baktericidna, a to svakako pogoduje bakterijskoj flori želuca, pošto je ona kod ulkusne bolesti više puta skoro jednaka onoj debelog creva. Zato nije nikako čudo da u takvim slučajevima, usled nastanka povoljne sredine za razvitak mikroorganizama, dolazi vrlo brzo do proširenja infekcije i drugih raznih komplikacija.

Prema našem mišljenju sukcija dolazi u obzir, kao jedna od osnovnih terapijskih metoda, samo za desperatne slučajeve, koji su usled perforacije, difuznog peritonitisa i intoksikacije u takvom stanju da nisu u mogućnosti da izdrže ni najmanji operativni zahvat.

Simptomatologija perforacije ulkusa toliko je karakteristična već u prvim časovima da samo u izuzetnim, atipičnim, slučajevima eksplorativna laparotomija dovodi do tačne dijagnoze.

Mandl u jednom svom radu iz godine 1952. raspravlja o mogućnosti da se unapred predvidi perforacija gastroduodenalnih gri-

zlica, budući da je velika razlika u mortalitetu operisanih pre i posle perforacije. Mandl smatra: ako i pored dijete i medikamentozne terapije dolazi do ekzacerbacije i recidiviranja ulkusnog bola, može se pomišljati na potenciranu opasnost perforacije. Mi se sa tim mišljenjem potpuno slažemo, ali odmah moramo primetiti da smo više puta imali prilike da posmatramo bolesnike sa perforacijom ili sa jakim ulkusnim krvavljenjem koji nikada ranije nisu pokazivali ni subjektivne ni objektivne znakove ulkusne bolesti, a što je svakom iskusnijem hirurgu dobro poznato.

Već smo napred istakli da kod perforacije gastroduodenalnih ulkusa u slobodnu trbušnu šupljinu postoji vitalna indikacija za operativni poduhvat. Kakav će zahvat biti izveden, to se ne može šematizirati, jer to zavisi od mnogih i veoma različitih faktora. Postoje uglavnom dva osnovna načina operativnog zahvata: palijativni i radikalni. U palijativnu grupu spadaju: suture sa — ili bez fiksacije omentuma na mesto perforacije, ekscizija ulkusa i šav, drenaža po Neumannu i Habereru, plastika po Judinu itd. Pod radikalnim zahvatom razumeva se dvotrećinska resekcija želuca sa odstranjenjem perforiranog ulkusa.

Prema svetskoj literaturi može se zaključiti da su gledišta u pogledu operativnih metoda još uvek podeljena, ali su ipak mnogobrojnije pristalice palijativnog operativnog poduhvata. Tako na primer u Sovjetskom Savezu samo su 10% hirurga na čelu sa Judinom pobornici primarne resekcije, dok su ostalih 90% samo za prosto prešivanje ili za suturu perforacije uz gastroenteroanastomozu. Taj stav donekle je razumljiv ako se uzme u obzir da su bolesnici sa perforiranim ulkusom u neposrednoj životnoj opasnosti i da im se tom operacijom spasava život. Prema tome, veliki broj hirurga stao je na stanovište da kod tih slučajeva akutnog abdomena treba izvesti operativni poduhvat što manji i za što je moguće kraće vreme da bi se bolesniku pomoglo bar u prvi čas, kao i da se ni jedan bolesnik ne bi izložio većoj životnoj opasnosti za volju operativne radikalnosti.

No, i pokraj toga obrazloženja jedan deo istaknutih autora kao što su: Haberer, Eiselsberg, Finsterer, Nissen, Judin i drugi zalažu se za primarnu resekciju želuca gde je to ikako izvodljivo, uzimajući u obzir sve odlučujuće faktore u svakom pojedinom slučaju. To stanovište zastupa i naša klinika. Mi držimo, da je pravilnije kod ispravne i objektivne procene opšteg stanja bolesnika, i sa pretpostavkom da hirurg vlada dovoljnim iskustvom u abdominalnoj hirurgiji, da se ne ograniči samo na prešivanje, već da treba da izvede primarnu resekciju. Osim toga uvođenje antibiotika u terapiju, pa široka mogućnost suzbijanja operativnog šoka, kao i postoperativno održavanje ravnoteže metabolizma belančevina, vode i elektrolita, sve je to pridonelo u velikoj meri radikalnosti operativnih poduhvata kod perforisanih želudačno-duodenalnih grizlica.

Kuntz u svom delu „Akutni abdomen“ iznosi daljnje okolnosti koje govore u prilog primarnoj resekciji, a to je uska veza između krvavljenja i perforacije. S jedne strane postoji opasnost iskrvavljenja iz prešivenog ulkusa, a s druge strane opasnost perforacije posle konzervativnog lečenja sangvinacije. I pokraj toga saznanja,

ipak još mnogi autori zastupaju konzervativno i palijativno operativno lečenje (Enderlen, Payr, Rehn, Kirschner, Mandl, Fridmann, Meljnikov, Ustanski, Berezov i drugi).

Možemo navesti još jednu činjenicu koja ide u prilog primarnoj resekciji a to je da se bolesnici posle palijativnog operativnog zahvata teško odlučuju na ponovnu operaciju. Oni čekaju i trpe bolove i druge poteškoće sve dotle dok ne nastupe recidivi perforacije ili krvavljenja, ili bilo koje druge komplikacije, i dok ih to ne primora da se vrate u bolnicu. Tada sami obično zahtevaju što pre operativni zahvat, ali u tom slučaju izvođenje operativnog poduhvata biva daleko teže, i za bolesnika i za hirurga, nego što je primarna resekcija. Judin kaže da ulkusi koji budu samo prešiveni redovno dovode do raznih komplikacija, a nikada, ili veoma retko, do izlečenja. Sa ovim mišljenjem mi se potpuno slažemo, pošto smo na našoj klinici posle prešivanja perforacije doživeli ponovno perforacije, krvavljenja, penetracije, stenozе i druge komplikacije.

Prvu operaciju perforiranog ulkusa izveo je Mikulicz god. 1880., primenivši metodu prešivanja perforacije, ali bez uspeha. Godine 1892. uspio je prvi put Hauser, a godinu dana kasnije Roux da sa uspehom prešiju perforirani ulkus. Iste godine Braun je preporučio da se uz suturu perforiranog mesta izvede još i gastroenteroanastomozа zbog opasnosti stenozе na mestu sutura.

Ni primarna resekcija kod perforiranog ulkusa nije neki novum. Ona je bila prvi put sa uspehom izvedena još 1902. godine od strane Koetleya. On je kod jedne sveže perforacije duodenalnog ulkusa proveo resekciju po metodi Billroth I. i postigao izlečenje. Taj je slučaj dugi niz godina ostao osamljen. Tek godine 1919. Haberer je objavio dva slučaja perforiranog ulkusa kod kojih je zbog nekih okolnosti bio prisiljen da izvrši primarnu resekciju. Pa kako je u oba slučaja postigao odličan uspeh, preporučio je za izvesne slučajeve perforacija radikalni zahvat kao metodu izbora. Od toga vremena počela je da se sve češće primenjuje primarna resekcija kod perforativnih gastroduodenalnih ulcera.

Sasvim je razumljivo da se ne može u svim slučajevima perforacije primeniti primarna resekcija, već treba izabrati podesne slučajeve za tu terapiju. Tome izboru imamo najviše da zahvalimo mali procenat mortaliteta kod primarnih resekcija.

Sada se postavlja pitanje: koji su to elementi koji odlučuju o metodi operativnog poduhvata. Nissen kaže da je izbor operativnog zahvata ovisan: od trajanja i težine peritonitisa, od opšteg stanja bolesnika, od godina starosti i od lokalnih promena u abdomenu. Prema tome, kada hirurg postavi dijagnozu perforativnog ulkusa, on još nije u mogućnosti da odluči da li će primeniti palijativni ili radikalni operativni poduhvat. Odluka u većini slučajeva pada tek posle otvaranja abdomena i pregleda trbušne šupljine.

Na osnovu svoga iskustva i lične statistike, Nissen je mišljenja da 70% perforisanih ulkusa koji su bili samo prešiveni ostaju aktivni i zahtevaju naknadnu resekciju. Sa tim mišljenjem Judin se potpuno slaže, dok Thompson smatra da je taj procenat manji i prema nje-

govnoj statistici iznosi svega 24,4% slučajeva. Bilo da se radi o ovom ili onom procentu, koji posle prešivanja ostaje neizlečen i prouzrokuje stalne poteškoće, on je u svakom slučaju visok. S druge strane znamo da su veoma retki slučajevi koji posle perforacije i obične suture nisu imali nikakvih tegoba.

Haberer smatra da proteklo vreme od perforacije i lokalni nalaz nisu odlučujući faktori za stavljanje indikacije za resekciju, već je veoma važno opšte stanje bolesnika i njegov krvotok, i to je glavni faktor koji obično odlučuje o vrsti operativnog poduhvata.

Oslanjajući se na stečeno iskustvo na sopstvenom materijalu, kao i na podatke svetske literature, mi smo zauzeli jasan i određen stav u pogledu hirurške terapije perforiranih ulkusa. Prema našem mišljenju jedan od kardinalnih faktora u odluci za ili protiv radikalnog zahvata je stanje kardiovaskularnog sistema, a tek onda dolaze u obzir godine starosti, proteklo vreme i lokalni nalaz. Tako je moguće, ukoliko to kardiovaskularni sistem dopušta, sa potpunim uspehom operisati i perforacije koje su 24 časa stare, dok u drugom slučaju to ne možemo da sprovedemo ni onda ako je daleko kraće vreme proteklo od perforacije. Istina je, da i interval vremena od perforacije pa do operacije, kao i zapaljive promene na peritoneumu imaju svoj uticaj na stanje kardiovaskularnog sistema, ali se ipak to dejstvo odražava različito kod svakog pojedinog slučaja, što opet zavisi od niza faktora. Tako smo mi mogli, s obzirom na stanje kardiovaskularnog sistema, da kod jednog slučaja i posle 36 časova od perforacije sa uspehom sprovedemo primarnu resekciju, dok smo katkada posle prvih nekoliko časova od perforacije bili primorani da se zadovoljimo sa palijativnim operativnim zahvatom.

Kod procene funkcije kardiovaskularnog aparata pridajemo najveću važnost visini sistoličkog pritiska, veličini amplitude pulsa, ritmičnosti i broju udara u jednoj minuti. Kod sistoličkog pritiska iznad 100 mm. Hg. i amplitude pulsa između 30—40 mm. izvodimo gotovo redovno primarnu resekciju bez obzira na proteklo vreme od perforacije, dok se kod pritiska ispod 100 mm. Hg. ograničavamo samo na prešivanje perforacije.

Ako se odlučimo za palijativni operativni poduhvat, onda vršimo jedino običnu suturu sa fiksacijom omentuma na mestu perforacije. Nikada uz suturu ne sprovodimo i gastroenteroanastomozu ili još neki drugi zahvat, kao što je ekscizija ulkusa sa prešivanjem toga mesta, kako je to preporučio Wallensten, ili razne druge plastike, jer sve to nepotrebno produžuje trajanje operacije. Veliki broj istaknutih hirurga sa dovoljnim iskustvom u gastričnoj hirurgiji kao što su: Haberer, Finsterer, Nissen, Judin, Guleke i mnogi drugi naročito su protivnici gastroenteroanastomoze s razloga što je procenat peptičnih ulkusa na mestu anastomoze baš kod tih slučajeva vrlo visok.

Ali, ako postoji opasnost da bi na mestu prešivenog ulkusa nastalo jače suženje koje bi poremetilo pasažu, tada je najbolje izvršiti duodenostomiju po metodi Neumanna ili gastrostomiju po Witzelu, s tim da se gumeni dren provuče kroz suženo mesto i uvede u slo-

bodni deo duodenuma, kako to preporučuje Haberer, pa kada akutni simptomi nestanu i opšte se stanje popravi izvršiti resekciju želuca.

Pošto smo izneli stav naše klinike u pogledu terapije perforiranih grizlica kao i sve momente i razloge koji su nas rukovodili da dodemo do tog zaključka iznećemo još i našu statistiku kao najjači argumenat u odluci o zauzimanju jasnog i određenog stanovišta po ovom pitanju.

Od početka 1947. pa do kraja decembra 1954. godine operisano je svega 178 slučajeva perforacija na našoj klinici. Od toga broja izvedena je primarna resekcija kod 104, što iznosi u procentima 58,6% sa mortalitetom 2 ili 1,9%, dok je u 74 slučaja učinjena samo prosta sutura, što iznosi 41,5%, a od njih je letalno završilo 15 ili 20,3%. Kod tri slučaja koji su bili dovedeni na kliniku u moribundnom stanju i koji nisu operisani, tek je na obdukcionom stolu ustanovljena dijagnoza perforiranog ulkusa. Vrlo je interesantno da je među našim slučajevima bilo samo 7 žena, a ostalo muškarci i to većina (139) u dobi od 20—50 godina, 9 ispod 20 godina, a 23 iznad 50 godina. Naš najmlađi bolesnik imao je 16 godina, a najstariji 73 godine.

U toku pomenutog vremena od osam godina na našoj klinici je operisano 793 slučaja gastroduodenalnih ulkusa. Odnos perforacija prema ukupnom broju iznosio bi 22,4%, dok taj procenat kod nekih autora iznosi 10%. Kod naših slučajeva perforacije radilo se 18 puta o ulkusu ventrikuli, a 160 puta o ulkusu duodeni, što iznosi 89,8%.

Ako uporedimo naše statističke podatke sa podacima domaćih i stranih autora, vidimo da i kod njih kao i kod nas primarna resekcija u odnosu na sve ostale palijativne metode daje najbolje rezultate. Tako, na primer, na Hirurškoj klinici u Zagrebu, prema navodima Gjankovića, bilo je u toku 30 godina operisano 317 perforiranih ulkusa, sa mortalitetom 13%, dok je palijativni zahvat učinjen 217 puta sa mortalitetom 51,18%. Na klinici u Gracu za vreme od tri godine rađen je palijativni zahvat kod 21 slučaja od kojih su 9 letalno završili, dok je za isto vreme primarna resekcija izvršena kod 47 bolesnika sa jednim smrtnim slučajem.

Haberer iznosi statističke podatke za jedno kraće vreme rada kada je od 28 bolesnika kod kojih je učinio suturu imao 13 smrtnih slučajeva, a od 48 primarno reseciranih 4. Demel iznosi svojih 17 palijativno operisanih sa 7 smrtnih slučajeva i 36 radikalno operisanih sa 2. Judin od 25 izvršenih sutura 11 ih je letalno završilo, a od 51 primarno reseciranih 2. Rider je imao 52 palijativno operisana i od njih su 23 umrla, a od 113 radikalno operisanih 21 smrtni slučaj. Wallensten (Stockholm) referiše o 186 slučajeva kod kojih je izvršio samo prešivanje perforacije sa mortalitetom 7%, i 58 slučajeva kod kojih je izvršio eksciziju ulkusa a zatim prešio otvor sa smrtnosti 13,8%, dok kod 9 primarnih resekcija nije imao smrtnog slučaja. Giordanengo (Novara) javlja za 18 slučajeva operisanih običnom suturom sa mortalitetom 31,1%, kao i za 88 primarnih resekcija sa mortalitetom 9,7%. Garayanopoulos (Atena) imao je kod 69 primarnih resekcija 2 ili 3,45% mortaliteta.

Vrlo je interesantna statistika Saegessera koju je publicirao 1953. godine. On navodi, da je na njegovoj klinici za posljednjih 20 godina ukupni mortalitet operisanih gastroduodenalnih ulkusa iznosio 16,7%, bilo da se radila samo sutura ili sutura sa gastroentercanastomozom ili resekcija. Do 1940. t. j. pre primene sulfonamida i antibiotika mortalitet je iznosio 23,7%. Sa primenom sulfonamida od 1941.—1945. mortalitet je pao na 18,6%. Od 1946.—1948. sa uvođenjem u terapiju ne samo sulfonamida već i antibiotika, i kada se nije favorizirala resekcija, mortalitet je bio 12,5%, a od 1949. pod istim uslovima, ali sa izvođenjem resekcije u 83% operisanih slučajeva mortalitet se snizio na svega 5%. Od 1949.—1953. godine izvršeno je na njegovoj klinici 64 primarne resekcije sa jednim smrtnim slučajem, što iznosi u procentima 1,5%.

Mi smo na našoj klinici za posljednjih osam godina izveli 104 primarne resekcije sa dva smrtna slučaja ili 1,9% u procentima.

Kada se razmotre i analiziraju postignuti rezultati, kako naši tako i oni drugih autora koje smo ovde naveli, onda stičemo jasnu sliku koja govori o velikoj prednosti primarne resekcije u uporedbi sa svim drugim metodama lečenja perforacija. Ali, odmah moramo priznati to da je važan faktor za postignute rezultate i selekcija slučajeva podesnih za primarnu resekciju.

Na temelju stečenog iskustva i postignutih rezultata mi smo mišljenja da primarna resekcija želuca kod perforiranog ulkusa ima prednost pred svima ostalim metodama i da je treba izvoditi kod ogromne većine slučajeva, odnosno, kod svih, ukoliko naročiti momenti kod izvesnih slučajeva ne zahtevaju protivno u interesu samog bolesnika, i to iz sledećih razloga:

1) Mortalitet kod primarne resekcije nije veći nego što je kod resekcije hroničnog ulkusa u hladnom stanju.

2) Tehničko izvođenje operativnog poduhvata je lakše nego posle izvedenih sutura i naknadno stvorenih adhezija.

3) Primarnom resekcijom odstranjujemo ulkus koji bi vremenom mogao maligno degenerisati.

4) Primarna resekcija oslobađa bolesnika ulkusa i mnogih faktora koji su potpomogli postanak i razvitak istog.

5) Većina bolesnika posle palijativno izvedenog operativnog zahvata, iako ima i dalje stalne poteškoće, teško se odlučuje na ponovni operativni zahvat i dolazi tek kada ulkus ponovo perforira ili prokrvavi ili kada nastupe neke druge komplikacije kao što su: stenoza, penetracija ili maligna alteracija.

Drugo važno mesto među akutnim komplikacijama ulkusne bolesti zauzima ulcus sanguinans. Ovde mislimo u prvom redu na akutna masivna krvavljenja sa hematemom i melenom, a tek u drugom redu na latentna i okultna krvavljenja, koja više puta dovede do teške sekundarne anemije.

No, dok je kod perforacije ulkusa u trbušnu šupljinu naš stav sasvim jasan i određen, to kod hematemeze i melene stvar stoji nešto drukčije, jer diferencijalno dijagnostički dolaze u obzir još mnoga druga oboljenja, koja daju iste simptome i time donekle uplivišu na našu odluku u pogledu terapije.

Kod želudačno-crevnih krvavljenja nameće se pitanje: iz kojega dela digestivnog trakta dolazi to krvavljenje? Mi moramo prvo misliti na ono što je najčešće, a to je krvavljenje iz ulkusa, želuca ili duodenuma, koje iznosi 80% od svih gastro-intestinalnih krvavljenja.

Tako prema Naegeliovoj statistici stoji ulkusno krvavljenje na prvom mestu, zatim krvavljenje usled ciroze jetre, a na trećem mestu krvavljenje želudačnog karcinoma.

Kalk takođe stavlja ulkusno krvavljenje na prvo mesto, na drugo karcinomatozno, a na trećem mestu dolazi krvavljenje zbog ciroze jetre.

Avery Jones smatra da su ulkusna krvavljenja najčešća, dok Gutmann stavlja gastritis na prvo mesto, a zatim razna druga krvavljenja, pa tek na trećem mestu stoji ulkusno krvavljenje.

Markoff vrši podelu krvavljenja prema njihovoj etiologiji na intra-i ekstragastrična. Na prvo mesto postavlja ulkusna krvavljenja, pa onda dolaze krvavljenja usled gastritisa, karcinoma želuca i hepatična krvavljenja.

Na osnovu naše statistike i iskustva, mišljenja smo da prvo i u terapeutskom pogledu najvažnije mesto kod gastroenteralnog krvavljenja raznih geneza zauzima ulkusno krvavljenje. Ali pokraj svega toga moramo svaki pojedini slučaj gastro-enteralnog krvavljenja kritički oceniti i uzeti u razmatranje razne diferencijalno-dijagnostičke momente, pre nego se odlučimo na bilo kakav operativni poduhvat. Baš u tim slučajevima od velike je važnost uska saradnja između hirurga i interniste, da se u što kraćem vremenu dođe do razjašnjenja koje zahteva ozbiljnost situacije, budući da hirurška intervencija ima samo onda povoljne rezultate ako je pravovremeno izvedena. U tome se slažu statistički podaci gotovo svih klinika svetskoga glasa.

Kod analize pojedinih slučajeva važnu ulogu imaju i anamnestički podaci. Kada bolesnik navodi da boluje duže vremena od želudačne grizlice i da s vremena na vreme dobiva jake bolove koji se stišavaju da se ponovo posle dužeg ili kraćeg perioda jave, onda kod hematemeze i melene treba u prvom redu misliti na ulkusno krvavljenje. Takvi recidivirajući ulkusi obično prokrvave, pa ukoliko je ulkus bio već i ranije rentgenski verificiran onda je dijagnoza posve jasna.

Ali mi znamo da se u nekim slučajevima krvavljenje javlja kao prvi znak ulkusne bolesti i da kod nekih starijih bolesnika hronični kalozni ulkus više puta ne prouzrokuje nikakvih tegoba, već najednput iznenada prokrvavi. Ti slučajevi imaju nepovoljnu prognozu, budući da se kod starijih lica hemostaza teže sprovodi zbog sklerotičnosti krvnih sudova i zato je hitna hirurška intervencija više indicirana nego kod mladih. Za ilustraciju toga navodimo jedan naš slučaj koji smo izgubili, jer nismo bili dovoljno orijentisani o patološkim promenama i nismo postupili prema ustaljenim principima terapije na našoj ustanovi. Radilo se o 54 godine starom bolesniku koji je bio doveden na kliniku u avgustu 1953. godine u vrlo teškom

stanju sa hematemezom i melenom. Do časa krvavljenja on se sasvim dobro osećao i radio kao mehaničar. Od objektivnih znakova postojao je samo bol pri palpaciji abdomena, a naročito u epigastrijumu, gdje je defans bio jasno izražen kao i zategnutost levog pravog mišića. Posle transfuzije krvi od 500 cm.³ njegovo stanje se znatno popravilo, ali za kratko vreme. No i pokraj uzastopnih transfuzija krvi sistolički pritisak je padao, frekvencija pulsa rasla, a krvna slika se pogoršavala, tako da smo se tek treći dan od početka krvavljenja odlučili na operaciju, kada je broj eritrocita spao na 1,300.000 a hemoglobin na 26^o/. Kod eksploracije abdomena bio je nađen veliki kalozan ulkus u sredini male krivine koji je arodirao arteriju gastriku sinistru. Bila je izvršena resekcija želuca po metodi Billroth II., ali i pored dovoljne količine krvi date za vreme i posle operacije bolesnik je 36 časova iza operativnog zahvata letalno završio. Zbog dugotrajne i jake hipoksemije oštećeni subkortikalni centri kao i mickard nisu bili više u stanju da podnesu operativnu traumu. Prema kasnijoj analizi slučaja smatramo da smo se odmah, ili bar u roku prvih 12 časova posle jedne ili dve transfuzije krvi i kontrole krvne slike, odlučili na operativni zahvat i isti ograničili samo na ligaturu arterije gastrike sinistre i dekstre, verovatno bi spasio život bolesniku. Takav slučaj kao i slični, kod kojih nismo sigurni u dijagnozi, otežavaju u velikoj meri našu odluku za ili protiv hitnog operativnog poduhvata. Diferencijalno dijagnostička pomagala, bilo fizikalna, bilo laboratorijska, mnogo puta pokazu se insuficijentnima. Rentgen, koji danas nije više kontraindiciran kod akutnog krvavljenja, obično zakaže, što je i razumljivo, jer se ulkusni krater ispuni koagulima krvi. Međutim, kod masivnih krvavljenja daje se radioskopski po koji put ustanoviti izraziti gastritis. Poznato je da u etiologiji gastričnih krvavljenja gastritis zaprema vidno mesto, a prema savremenom shvatanju isti su etiološki i patogenetski faktori i kod gastroduodenalnih ulkusa i kod gastritisa.

Wangensteen tvrdi da kod gastritisa dolazi više nego što se misli do sitnijih akutnih ulceracija koje mogu da prodru u lumen krvnog suda i da izazovu masivno krvavljenje. Konjetzny i Puhl upozoravaju na erozivne upale mukoze želuca, koje su veoma sklone krvavljenju. U mnogim slučajevima nađe se samo tipični otok sluznice bez ikakvih drugih makroskopski vidljivih promena, ali i u ovim slučajevima postoji kod samoga dodira sluznice naklonost ka krvavljenju, što je do danas još uvek ostalo neobjašnjeno. Zbog svih tih zapažanja većina autora stoji na gledištu da i kod gastričnih krvavljenja konzervativna terapija treba da ustupi mesto operativnoj.

Uopšte, danas se shvatanje terapije ulkusa koji krvavi u celosti promenilo prema onom shvatanju koje je vladalo još pre desetak godina. Dok se pre držalo da je ulkus koji krvavi u svakom slučaju objekt samo konzervativnog lečenja, to danas stojimo na stanovištu: da je kod svih masivnih ulkusnih hemoragija praćenih kolapsom ili kod kontinuiranog krvavljenja, koje se ni posle dve do tri transfuzije u roku od 6 časova ne zaustavi, apsolutno indiciran operativni zahvat. To je posve razumljivo ako uzmemo u obzir: u prvom redu

sva ona sretstva koja nam stoje na dispoziciji u pogledu nadoknade izgubljene krvi, u suzbijanju hemoragičnog kolapsa i u savremenom preoperativnom i postoperativnom lečenju, a u drugom redu, zašto da pokraj toga nepotrebno riskiramo i prepustimo pacijenta njegovoj sudbini i slučajnosti u stalnom očekivanju i razmišljanju hoće li se krvavljenje iz ulkusa zaustaviti i na koje vreme i hoće li ponovno krvavljenje dovesti bolesnika u takvo stanje da ne ćemo više biti u mogućnosti da mu pružimo efikasnu pomoć.

Finsterer je bio prvi koji je istupio protiv konzervativnog stava kod lečenja krvavljenja ulkusa, a koje je postavio Mikulicz još 1897., a Krönlein 1906. godine. On je na osnovu svoga iskustva došao do zaključka da se jedino hitnim operativnim zahvatom može najsigurnije postići dobar terapijski uspeh, ali široko praktično značenje toga stanovišta javlja se tek poslednjih desetak godina.

Masivno krvavljenje biva uglavnom iz hroničnih duodenalnih ulkusa, a ređe iz gastričnih i to usled arozije arterije pankreatikoduodenalis, odnosno arterije gastrike dekstre ili sinistre. Jačina krvavljenja kao i trajanje zavisi o raznim faktorima. Patološko-anatomske videti se redovno na dnu ruptura aneurizmatično promenjenog krvnog suda usled arozije. Ukoliko je arozija centralnog tipa to jest ukoliko je aneurizma u celoj svojoj cirkumferenciji slobodna, to onda kod rupture dolazi do retrakcije zida krvnog suda usled arozije. Ukoliko je arozija centralnog tipa to jest ukoliko je aneurizma u celoj svojoj cirkumferenciji slobodna, to onda kod rupture dolazi do retrakcije zida krvnog suda i u vezi s tim do bržeg zatvaranja lumena krvnog suda. No ako postoji tip tangencijalne aneurizme, da je sam krvni sud, takoreći, uzidan u kalozno tkivo ulkusa, to je u takvom slučaju onemogućena retrakcija krvnog suda, lumen ostaje otvoren i prema tome će krvavljenje duže vremena trajati. Osim toga jačina krvavljenja zavisi i od veličine i vrste krvnog suda, od godina starosti, od krvnog pritiska itd.

Primarno krvavljenje iz hroničnih gastro-duodenalnih ulcera veoma retko prouzrokuje smrtni završetak. Obično usled iskrvavljenja i pada krvnog pritiska nastaje kolaps, a zatim dolazi do tromboze te zatvaranja lumena krvnog suda i prekida krvavljenja. Kod svih tih slučajeva naša je glavna dužnost: kontrola krvnog pritiska, krvne slike, hematokrita, jer je sudbina trombusa koji je zatvorio arodiranu arteriju vrlo različita. Trombus se davanjem krvi i podizanjem pritiska lako otkine, ili može da bude nagrižen želudačnim sokom i delimično isplavljen, te i u jednom i drugom slučaju lumen krvnog suda biva ponovo otvoren. U takvim slučajevima dolazi do teške sekundarne anemije sa svim njenim štetnim posledicama. Kod takvih ćemo slučajeva videti da i pokraj davanja više transfuzija krvni pritisak pada, broj udara pulsa raste, a krvna se slika pogoršava.

U izvesnom broju slučajeva, oko 25%, trombus može neko vreme ostati intaktan u lumenu krvnog suda i zaustaviti krvavljenje, a tek nešto kasnije biva nagrižen želudačnim sokom i istisnut iz lumena krvnog suda. U tome slučaju dolazi do recidivnog, odnosno masivnog krvavljenja. Kod hemoragije te vrsti postoji neposredna opasnost za

život i to što je kraći interval između primarnog i sekundarnog krvavljenja to je opasnost veća.

Mnogo ređe se dešava da trombus ostane intaktan u arodiranom krvnom sudu i pošteđen od delovanja želudačne kiseline. U tome slučaju on se organizira i definitivno zatvori oštećeni krvni sud. To su veoma retki i izuzetni slučajevi da ne smemo na njih polagati veliku nadu.

Sudbina trombusa mnogo zavisi i od momentane faze i perioda ulkusnog oboljenja. Poznato je da ulkusna bolest kao hronično oboljenje nastupa periodički i u intervalima od više meseci, pa čak i godina. Ulkusna perioda traje oko šest sedmica. Ako se krvavljenje pojavi na početku ulkusne periode, onda ima vrlo malo izgleda da će se trombus posle prestanka krvavljenja održati intaktan, on biva redovno nagrizan pojačanom sekrecijom želudačnog soka što dovodi najčešće do otkidanja i smanjenja trombusa, a to prouzrokuje latentno i recidivno krvavljenje. Pred kraj ulkusne periode izgledi za održanje trombusa su mnogo povoljniji i u tim slučajevima možemo donekle računati na spontano sistiranje krvavljenja.

Na kraju krajeva može se reći da je od izvesne važnosti i to da li se radi o krvavljenju iz želuca ili duodenuma. Dok se kod ulkusa želuca krv obično izbacuje odmah napolje, a tek samo manja količina dolazi u enteralni trakt, kod ulkusa duodenuma je sasvim obrnuto: veći dio ide u creva a manji se izbacuje napolje. Tako ispunjeno crevo sa krvlju prouzrokuje više puta kolaps i akutni enterokolitis koji ima vrlo rđavu prognozu.

Prema svemu navedenom najsigurniji je put da se bolesnik spase od posledica teške sekundarne anemije, recidivirajućeg krvavljenja i ostalih komplikacija radikalni zahvat, koji se sastoji u dvo-trećinskoj resekciji želuca sa odstranjenjem ulkusa i ligaturom arodiranog krvnog suda. Kod bolesnika koji su u teškom stanju i nisu, prema objektivnom nalazu, u mogućnosti da izdrže resekciju treba se ograničiti samo na podvezivanje krvnog suda koji je arodiran kao i njegovih kolaterala. Tako kod ulkusa želuca sa lokalizacijom na maloj krivini podvežemo obe gastrične arterije, a kod duodenalnog ulkusa arteriju gastroduodenalis ili pankreatikoduodenalis, eventualno i gastriku dekstru.

Uzevši sve napred navedene okolnosti u obzir, logično sledi da je kod akutnog masivnog krvavljenja iz želudačnog ili duodenalnog ulkusa apsolutno indiciran hitan operativni poduhvat, baš kao i kod perforacije ulkusa. Postojeći hemoragični kolaps nije kontraindikacija za operativni poduhvat, kao što to nije slučaj ni kod hemoragija bilo koje vrste abdominalnog krvavljenja, jer hitna operacija zaustavlja krvavljenje a time istodobno suzbija i likvidira postojeće teško stanje. Svrha ranog operativnog zahvata je: sprečiti pojavu kolapsa, pogoršanja sastava krvi kako u citološkom tako i u humoralnom pogledu, ishemično oštećenje miokarda, kao i oštećenje jetre, bubrega i centralnog nervnog sistema.

Svako čekanje i odugovlačenje operativnog zahvata, kada je već postavljena indikacija za operaciju, bilo bi besmisleno i pogrešno,

jer bi se izgubilo na vremenu u kojem je naša intervencija najefikasnija. To potvrđuje i Finstererova statistika iz godine 1947. On iznosi 77 slučajeva rano reseciranih sangvinirajućih ulkusa sa mortalitetom 2,5% a 59 slučajeva sa zakašnjenom resekcijom bio je mortalitet 16,8%.

Na temelju podataka iz savremene literature i našeg iskustva došli smo do zaključka da na našoj klinici kod akutnog masivnog ulkusnog krvavljenja provedemo resekciju želuca, i to u toku prvih časova po prijemu bolesnika na kliniku. U prvim časovima krvna slika nije se još bitno izmenila, budući da bolesnik raspolaže sa neoštećenim depoom krvi, ali postoje jasni znaci hemoragičnog kolapsa koji se i manifestuje sa padom krvnog pritiska te labilnim i frekventnim pulsom. *Conditio sine qua non* za operativni poduhvat u tim slučajevima je dovoljna rezerva krvi (2.000—3.000 cm.³). Transfuzijom krvi pre operacije podigne se krvni pritisak i uravnoteži metabolizam te se na taj način stvori najbitniji uslov za operativni poduhvat. Za vreme operacije nastavlja se sa transfuzijom uz primenu kiseonika čime se predupređuje pojava postoperativnog šoka i održavaju se vitalne funkcije organizma u fiziološkim granicama. Na pomenuti način izveli smo u posljednje dve godine (1953. i 1954.) devet operativnih zahvata kod ulkusa koji je krvavio bez ijednog smrtnog slučaja.

Sasvim je drugojačije sa bolesnicima koji dolaze na kliniku sa zakašnjenjem tj. posle izvesnog intervala od primarnog krvavljenja. Kod tih slučajeva krvna slika biva u manjoj ili većoj meri pogoršana, a zavisi o jačini i trajanju krvavljenja. U takvoj situaciji naš postupak sastoji u davanju transfuzije krvi te stalne kontrole krvne slike, pritiska i pulsa. Ako se stanje bolesnika pogoršava i pada krvni pritisak i pokraj davanja više transfuzija to je znak da bolesnik i dalje krvavi i u takvom slučaju mi pristupamo operativnom zahvatu, jer bi svako odugovlačenje bilo za bolesnika štetno. Ali, ako se posle transfuzije krvi stanje bolesnika popravlja, što zaključujemo kontrolom krvne slike, pulsa i pritiska, onda možemo čekati i mesec dana, tako da se operacija izvede u potpuno smirenom stanju. Veoma je važno neprestano pratiti takve slučajeve, pošto se može desiti da se nekoliko dana stanje bolesnika popravlja, pa posle ponovo dolazi do masovnih krvavljenja koja zahtevaju hitnu intervenciju kao što je to bilo kod našeg slučaja koji ovde ukratko navodimo.

M. M. seljak 34 godine star iz Rajlovca bio je primljen na kliniku u novembru 1954. zbog ulkusa duodeni koji je krvavio i bio rentgenski verificiran već pre 6 godina. Interval između prijema na kliniku i primarnog krvavljenja iznosio je navodno četiri dana. Kod prijema bio je broj eritrocita 1,540.000., hemoglobin 25%, hematokrit 14., a RR. 95/50. Posle sedam dana konzervativnog lečenja sa svakodnevnim davanjem transfuzije krvi opšte stanje se popravilo, a krvna slika izgledala je ovako: E. 2,070.000, Hgb. 45%, hematokrit 28, RR. 115/60. Desetog dana iza prijema na kliniku, kada smo bili skoro uvereni da će se stanje bolesnika i dalje poboljšavati, nastupilo je iznenada u noći masovno, recidivno krvavljenje sa jakom hematemezom i melenom. Ovo recidivno krvavljenje postavilo je

vitalnu indikaciju za hitan operativni poduhvat. Uz velike količine transfuzije krvi (2.000 cm³) pre, za vreme i posle operacije izvedena je resekcija želuca po metodi Billroth II. sa odstranjenjem ulkusa. Kod operacije bio je naden veliki kalozni ulkus duodeni u čijem se dnu video otvoren lumen arterije pankreatikoduodenalis, koja je bila šavovima podvezana. Tanko i debelo crevo kao i lumen želuca bili su ispunjeni tekućom i grušanom krvlju. Bolesnik se posle operacije počeo naglo popravljati tako da je već četvrtog dana krvni pritisak bio RR. 115/80, E. 2,460.000, Hgb. 38%, hematokrit 40. Deseti dan posle operacije broj eritrocita iznosio je 2,930.000, a hemoglobin 59%. Ovaj slučaj jasno govori od kolike je važnosti hospitalizacija i stroga kontrola takvih bolesnika, pa prema potrebi hitna operativna intervencija, koja je jedina u stanju da spase život bolesnika.

Kod recidivirajućih ulkusnih krvavljenja intervenisali smo hitno u 6 slučajeva sa jednim smrtnim slučajem, što procentualno iznosi 16,8%.

Na kraju bi spomenuli još jednu akutnu komplikaciju ulkusne bolesti, koju je prvi opisao Haberer, a mi smo je takođe imali. To je perforatio libera duodenalnog ulkusa, zbog čega je bila izvedena primarna resekcija želuca, posle koje je došlo u kratkom razmaku vremena do krvavljenja iz drugog ulkusa u bataljku duodenuma, koji je bio kod operativnog zahvata previđen.

U našem slučaju radilo se o jednom službeniku iz Goražda, D. K. 51 godinu starom, koji je u aprilu 1954. bio primljen na kliniku zbog perforacije duodenalnog ulkusa. Perforacija je nastala tri časa pre prijema na kliniku. Stanje bolesnika bilo je povoljno te je mogla biti izvedena resekcija želuca sa uklanjanjem ulkusa. Postoperativni tok bio je normalan, tako da je bolesnik 15 dan napustio kliniku u sasvim dobrom stanju. Istoga dana na večer bolesnik se vratio na kliniku sa jakim hematemom i melenom. Nije nam bilo jasno odakle je to krvavljenje, pošto je ulkus bio potpuno odstranjen i bataljak duodenuma dobro opskrbljen. Posle transfuzije krvi krvavljenje je stalo i pacijent se dobro osećao. Trećeg dana došlo je do ponovnog krvavljenja i mi smo posumnjali na popuštanje ligature u predelu gastro-jejunalne stome, te je zbog toga bila izvršena relaparotomija i gastrotomija. Pregled stome pokazao je da je sve u potpunom redu i da krvavljenje ne potiče iz nje, a i pregledom ostalih organa u abdomenu nismo mogli ustanoviti uzrok krvavljenja. Mesec dana posle ponovne laparotomije bolesnik je letalno završio usled anemije kao posledice recidivnog krvavljenja. Kod obdukcije naden je mali ulkus u bataljku duodenuma, koji je prodro u lumen arterije pankreatikoduodenalne, a koji je bio kod resekcije želuca zbog perforiranog ulkusa previđen. Haberer je operisao tri takva slučaja i svi su letalno završili, pa stoga preporučuje pre zatvaranja bataljka duodenuma eksplorirati duodenum, da se ne bi još koji ulkus prevideo. Iako je to vrlo retka slučajnost ipak je treba imati u vidu i na nju pomišljati pri izvođenju operativnih zahvata.

ZAKLJUČAK

Razmotrili smo ukratko etiologiju i patogenezu ulkusne bolesti i došli do zaključka da taj problem još do danas nije potpuno razjašnjen i da su mnogi momenti ostali nejasni, te da je zbog toga još uvek i terapija ulkusa simptomatska, a nikako kauzalna.

Što se tiče akutnih ulkusnih komplikacija stvar stoji nešto drugčije, tj. kod njih postoji vitalna indikacija za operativni poduhvat.

Naša klinika kod ulkusne perforacije, bilo da se radi o prekrivenoj ili slobodnoj, daje prednost primarnoj resekciji pred svim ostalim operativnim i konzervativnim metodama, ukoliko to opšte stanje bolesnika dozvoljava. Pri odluci imamo u vidu pre svega kardiovaskularni sistem pacijenta, a tek u drugom redu dolazi u obzir lokalno stanje, proteklo vreme i godine starosti.

Hitnost operativnog poduhvata kod prekrivene perforacije (perforatio tecta) opravdavamo pojavom raznih komplikacija koje nastaju ako se odmah ne izvrši operativni zahvat, a koje smo u mogućnosti ranom operacijom da sprečimo, dok nam konzervativna terapija ne pruža toliku garanciju za ozdravljenje.

Prednost primarne resekcije želuca kod perforacije ulkusa pred svima operativnim i konzervativnim metodama lečenja zasnivamo na sledećim razlozima:

1) Mortalitet nije veći nego kod resekcije ulkusa u hladnom stanju.

2) Tehničko izvođenje resekcije mnogo je lakše nego posle izvedenih sutura ili drenaže posle perforacije.

3) Primarnom resekcijom otстранjujemo ulkus koji bi mogao ponovo da perforira ili da dovede do krvavljenja, kao i da maligno degeneriše.

4) Primarna resekcija otklanja ne samo ulkus već i čitav niz faktora koji uslovljavaju postanak i razvitak ulkusne bolesti.

5) Većina bolesnika kod kojih je izvršena samo sutura, i onda kad imaju stalne poteškoće teško se odlučuju na ponovnu operaciju, već čekaju i dolaze tek onda kada nastupi ponovo perforacija ili krvavljenje.

No, ako zbog opšteg stanja bolesnika ili njegove starosti ne dolazi primarna resekcija u obzir, onda vršimo samo prešivanje perforacije.

Kod velikih kaloznih perforiranih ulkusa, gde iz raznih razloga otpada resekcija, a prešivanje se ne bi moglo pravilno izvesti, ili bi dovelo do stenozе lumena duodenuma, tada sprovodimo drenažu po Neumannu ili Habereru.

U posve infaustnim slučajevima, kod kojih nikakav operativni poduhvat ne dolazi u obzir, mi pokušavamo kontinuiranom sukcijom i intraarterijalnim transfuzijama krvi, kardiaca i antibioticima da pomognemo bolesniku.

Kod ulkusnog krvavljenja našа klinika pretpostavlja operativnu terapiju konzervativnoj. Razlozi tome su mnogi momenti koje je

savremena patofiziologija uspela da razjasni i koji kod latentnog i recidivnog krvavljenja usled hipoksije uslovljavaju oštećenje miokarda, parenhimatoznih organa i vitalnih subkortikalnih centara.

Kod primarnog masovnog krvavljenja stojimo na gledištu: da je najvažnije transfuzijama krvi suzbiti hemoragični kolaps, uravnotežiti metabolizam i odmah sprovesti operativni zahvat. On može biti radikaln ili palijativan tj. ako opšte stanje dozvoljava vrši se resekcija sa odstranjenjem ulkusa koji krvavi, no ako to nije moguće, treba samo podvezati arodirani krvni sud. Uslov za operativni zahvat jesu dovoljne količine konzervirane krvi.

Ali, ako bolesnik dolazi na kliniku posle više časova ili dana, onda ga treba posmatrati i sa operacijom sačekati dok se njegovo stanje toliko popravi da može bez velike opasnosti podneti operativnu traumu.

Latentno i recidivno krvavljenje iziskuje bez ikakvog odlaganja hitan operativni poduhvat, jer se odugovlačenjem operacije propušta najdragocenije vreme u koje je naša pomoć najefikasnija.

Kovačević, B. and Kretić, M.:

On Present Day Surgery of Stomach and Duodenum with Special Reference to Therapy in Acute Complications of Ulcerous Diseases.

S U M M A R Y

Our brief examination of the aetiology and pathogenesis of ulcerous diseases has resulted in the conclusion that, since a number of relevant points remain obscure, no satisfactory answer has yet been found to the problem. Hence it is that ulcers are still being treated symptomatically — never causally.

As regards the acute ulcerous complications the case is rather different, i.e. a surgical intervention is indicated here as a matter of vital importance.

In the treatment of ulcer perforations, both covered (*perforatio tecta*) and open, our Clinic gives the primary resection the preference over other operative and conservative methods — provided the patient's general condition allows it. In weighing the pros and cons our first consideration is the cardiovascular system of the patient; the local condition, duration and age come next in importance.

The urgency of surgical intervention in the »*perforatio tecta*« is justified by the occurrence of various complications that arise in the event of delayed intervention; in order to prevent these and aid the recovery, an early operation offers a better chance than does any conservative therapy.

The preference given to the primary resection of the stomach over other operative and conservative methods of treatment is based on the following facts:

- (i) The mortality rate is not any higher than in cold ulcer resection;
- (ii) The technique of resecting is much simpler than after the sutures have been made or the draining done in consequence of the perforation;
- (iii) The primary resection does away with the ulcer which has a tendency to undergo perforation again, and in addition to give rise to haemorrhage or malignant tumours consequent on degeneration;
- (iiii) The primary resection removes not only the ulcer but a whole series of factors that are responsible for the rise and growth of ulcerous disease;
- (iiiii) Most patients who have been subjected to operation for simple sutures show great reluctance to undergo further treatment or operation — unless compelled to do so at the last moment owing to reperforation or bleeding.

However, if the general condition or the age of the patient is such as to preclude the primary resection, then a simple sutural closure of an acute perforation is to be carried out.

In big callose perforated ulcers where for various reasons the resection is impracticable and the right suturing difficult to do or likely to result in the stenosis of duodenal lumen — in such cases the draining is performed in accordance with the Neumann-Haberer procedure.

In exceptionally severe cases where a surgical intervention is not to be thought of we have recourse to continued suction, intra-arterial blood transfusions, cardiacs and antibiotics — as a last resource.

In the case of bleeding ulcers our clinicians give the operative treatment the preference over the conservative therapy. The reasons for this are many points the modern pathophysiology has succeeded in elucidating and which in latent and recurrent haemorrhages due to hypoxie are responsible for the impairment of myocardium, parenchymatous organs and vital subcortical centres.

With reference to the primary mass haemorrhage it is of the first importance, according to the authors, that the checking of a haemorrhagic collapse (by blood transfusions) and the balancing of metabolism should be followed up by instant surgical intervention, i.e. the resection performed and the bleeding ulcer removed if the general condition of the patient allows it, otherwise the eroded blood vessel need only be tied down. The surgical intervention is conditional on an adequate supply of conserved blood.

Yet if the patient has been several hours or days late in reporting the illness, he should be kept under observation and the operation delayed until he is fit enough to undergo the operative trauma with safety.

Latent and recurrent bleeding calls for immediate surgical intervention; but it will brook no delay, or else the time will have gone when the surgeon's assistance is most effective..

D. Kovačević et M. Kretić:

Sur la chirurgie contemporaine de l'estomac et du duodénum, surtout quant à la thérapeutique des complications aiguës des maladies ulcéreuses.

R É S U M É

Nous avons examiné brièvement l'étiologie et la pathogénèse du mal ulcéreux et nous arrivâmes à la conclusion que ce problème n'est pas encore totalement élucidé; que plusieurs moments sont restés obscurs, et qu'à cause de cela la thérapeutique de l'ulcère persiste à être symptomatique et non causale.

Quant aux complications ulcéreuses aiguës, l'affaire est quelque peu différente, car il y existe une indication vitale pour une intervention opératoire.

Notre clinique donne la préférence, chez une perforation ulcéreuse — qu'il s'agisse de la perforation déguisée ou de celle libre — à une résection primaire, avant toute autre méthode opératoire ou conservative, tant que l'état général du patient le permet. Nous prenons la décision en tenant compte principalement du système cardio-vasculaire du patient; en deuxième ligne on prend en considération l'état local, le temps écoulé et l'âge du patient.

Nous justifions l'intervention opératoire chez la perforation déguisée (perforatio tecta) par la manifestation des complications différentes qui peuvent surgir si l'on n'entreprend pas l'opération tout de suite, surtout si nous sommes en état à prévenir ces complications par une opération urgente et qu'une thérapeutique conservative n'offre pas tant de garanties de guérison.

Nous fondons l'avantage de la résection primaire chez la perforation ulcéreuse avant toutes les autres méthodes opératives et conservatoires sur des raisons suivantes:

1) La mortalité n'est pas plus grande que chez la résection de l'ulcère en état froid;

- 2) L'exécution technique de la résection est de beaucoup plus facile
- 3) Par la résection primaire nous évitons l'ulcère qui pourrait perforer: qu'après les sutures peufirmées ou les drainages faits en suite de la perforation; de nouveau, ou amener l'hémorragie ou quelque dégénération maligne;
- 4) La résection primaire n'écarte seulement l'ulcère, mais aussi toute une série de facteurs conditionnant l'origine et le développement de la maladie ulcéreuse;
- 5) La majorité de patients chez lesquels on fit uniquement la suture se décide difficilement, même en éprouvant des troubles constants, à une opération nouvelle. Ils attendent et ne se présentent qu'à une nouvelle perforation ou à l'hémorragie.

Si les résections primaires ne viennent pas en considération à cause de l'état général ou de l'âge du malade, nous nous bornons à la suture de la perforation.

Chez les grands ulcères perforés où la résection n'est pas applicable pour des raisons diverses et la suture ne saurait être exécutée régulièrement — on pourrait amener une sténose du lumen de duodénum — nous pratiquons le drainage d'après Neumann et Haberer.

Dans les cas tout à fait désespérés, où aucune intervention opératoire ne vient en considération, nous essayons d'aider le malade par des suctions continuées, par des transfusions de sang inter-artérielles ou par des cardiaques et anti-biotiques.

Chez l'hémorragie ulcéreuse, notre clinique préfère la thérapeutique opératoire à celle conservatrice. La raison en sont plusieurs moments que la patho-physiologie moderne réussit à éclairer et qui conditionnent, dans une hémorragie latente et récidive, l'endommagement — à cause d'hypoxie — des myocardies, des organes parenchymateux ainsi que des centres sub-corticaux vitaux.

Dans l'hémorragie primaire massive, notre manière de voir est que la chose principale est de tenir en échec une collapsescence hémorragique, de remettre l'organisme en équilibre, et d'entreprendre tout de suite l'intervention opératoire. Cette dernière peut être radicale ou palliative: si l'état général du patient le permet, on fait la résection en écartant l'ulcère qui saigne. Si cela n'est pas possible, on lie le vaisseau sanguin entamé. La condition pour une intervention opératoire est présentée par une quantité suffisante du sang conservé.

Pourtant si le malade vient dans la clinique après plusieurs heures ou jours, il faut d'abord l'examiner, en attendant avec l'opération jusqu'au moment que son état se soit amélioré tellement qu'il puisse, sans grand risque, supporter le trauma opératoire.

Une hémorragie latente et récidive exige une intervention opératoire urgente qui ne souffre point de retard: en retardant l'opération, nous perdons le temps le plus précieux quand notre aide est la plus efficace.

B. Kovačević und M. Kretić:

Moderne Chirurgie des Magens und des Duodenums unter besonderer Berücksichtigung der Therapie aktueller Komplikationen bei Ulkuserkrankung

Z U S A M M E N F A S S U N G

Wir haben in Kürze die Aetiologie und die Pathogenese der Ulkuserkrankung besprochen und sind zu dem Schluss gelangt, dass dieses Problem auch heute noch nicht völlig geklärt ist, dass viele Momente unklar geblieben sind und dass deswegen auch die Ulkustherapie noch immer eine symptomatische, keineswegs aber eine kausale ist.

Was die akuten Ulkuskomplikationen anbelangt, so steht diese Angelegenheit etwas anders: bei Komplikationen besteht eine vitale Indikation für den operativen Eingriff.

Unsere Klinik gibt bei Ulkusperforation, sei es bei der gedeckten, sei es bei der freiliegenden, gegenüber sämtlichen anderen operativen und konservativen Methoden der primären Resektion den Vorzug, soweit der Allgemeinzustand des Patienten diese überhaupt zulässt. Bei der Entscheidung darüber haben wir vor allem das kardiovaskuläre System des Patienten im Auge, in zweiter Linie erst werden der lokale Zustand die seit Erkrankung verflossene Zeit, das Lebensalter des Patienten berücksichtigt.

Die gebotene Eile für den operativen Eingriff bei perforatio tecta rechtfertigen wir mit dem Auftreten verschiedener Komplikationen, die entstehen, wenn man nicht sofort operiert, und, die zu verhindern wir bei frühzeitiger Operation wohl in der Lage sind, während uns die konservative Therapie keine gleichartige Garantie für eine Genesung bietet.

Den Vorzug der primären Resektion bei Ulkusperforation gegenüber sämtlichen operativen und konservativen Behandlungsmethoden begründen wir wie folgt:

1. die Mortalität ist nicht grösser als bei Ulkusresektion im kalten Zustand;

2. die technische Durchführung der Resektion ist viel leichter vor als nach Anlegung einer Naht oder postoperativer Drainage;

3. durch primäre Resektion entfernen wir den Ulkus, der erneut zu Perforation oder zu Blutungen führen oder bösartig degenerieren könnte;

4. die primäre Resektion beseitigt nicht nur den Ulkus, sondern auch eine ganze Reihe von Faktoren, die die Entstehung und Entwicklung der Ulkuserkrankung bedingen;

5. die meisten Patienten, bei denen lediglich eine Naht angelegt wurde, entschlossen sich, selbst wenn sie andauernde Beschwerden haben, schwerlich zu einer neuen Operation; sie warten lieber ab und melden sich erst dann, wenn neuerlich eine Perforation oder Blutung auftritt.

Kommt aber wegen des Allgemeinzustandes des Patienten oder wegen dessen Lebensalters eine primäre Resektion nicht in Frage dann nähern wir die Perforation nur zusammen.

Bei grossen, schwierigen, perforierten Ulzera, wo aus verschiedenen Gründen die Resektion fortfallen muss, die Zusammennäherung sich nicht richtig durchführen lässt, oder zur Stenose des Duodenallumen führen würde, nehmen wir die Drainage nach Neumann oder Haberer vor.

In ganz unglücklich gearteten Fällen, wo überhaupt kein operativer Eingriff in Betracht kommt, versuchen wir, durch fortgesetzte Suktion und intraarterielle Bluttransfusionen, Cardiacs und Antibiotika dem Patienten zu helfen.

Bei Ulkusblutung stellt unsere Klinik die operative Therapie der konservativen voran. Die Gründe dafür liegen in vielen Momenten, die die moderne Pathophysiologie mit Erfolg aufgeklärt hat, und die bei latenter oder rezidiver Blutung infolge Hypoxie Myokardschäden und Schädigungen der parenchymatösen Organe und der vitalen subkortikalen Zentren bedingen.

Bei primärer massenhafter Blutung stehen wir auf dem Standpunkt: das wichtigste ist, durch Bluttransfusionen den hämorrhagischen Kollaps zu verhindern, den Metabolismus ins Gleichgewicht zu bringen und sofort den operativen Eingriff, vorzunehmen. Dieser kann radikal oder palliativ sein d. h. falls es der Allgemeinzustand des Kranken erlaubt, wird die Resektion mit Entfernung des Ulcus, der blutet, durchgeführt, ist das aber nicht möglich, so ist lediglich das arrodierete Blutgefäss abzubinden Vorbedingung für den operativen Eingriff ist, dass genügende Mengen konservierten Blutes vorhanden sind.

Kommt aber der Patient verspätet, erst nach Stunden oder Tagen, in die Klinik, dann muss man ihn beobachten und mit der Operation warten, bis sich sein Zustand bessert, dass er ohne grosse Gefahr das operative Trauma ertragen kann.

Eine latente und rezidive Blutung erfordert ohne jeden Aufschub den operativen Eingriff, weil durch Verzögerung der Operation jene kostbarste Zeit verloren geht, in der unsere Hilfe am wirksamsten ist.

L I T E R A T U R A

- Aschner B.: Zeitschr. f. Konstitutionslehre 1923. B. IX. Zentralorg. f. d. ges. Chir. Bd. 22.
- Albert: Ulceres peptiques perfores, complications secundaires, Zazz. med. lomb. 1927.
- Andrejević M.: Ulkusna bolest. Beograd 1952.
Dijagnostika i postupak kod ulkusnih krvavljenja. Med. Glasnik 12, 1951.
- Alder: Die Behandlung des blutenden Magengeschwürs nach Meulengracht. Cit. Markoff.
- Bickel: Remarques sur le traitement de l'ulcère gastroduodénal. Schweiz. med. Wschr. 20, 1945.
- Burbank and Roe: Resent experiences with acute perforation of peptic ulcer at the Massachussetts General Hospital. Review of 288 cases. New Eng. J. Med. 1952. 247/12.
- Berezov: Hirurgija — Broj 4 od 1946.
- Besset: Sur la diagnostic des perforations des ulceres de l'estemac et du duodenum. Bull. med. Quebec 1925.
- Bachrach W. H., Grossman M. I. und Ivy A. C.: Problems in the Etiology of Peptic Ulcer: The Resistance of the Gastrointestinal Tract to the Digestive Action of Its Own Secretions. Gastroenterology (Am.) 6, 1946.
- Esteh O.: Die Geschwürskrankheit des Magens. Wien 1949.
- Babkin B. P.: Secretary mechanism of the digestive glands. New, York, P. B. Hoeber, Inc., 1944.
- Boller R.: Der operierte Magen. Wien, 1947.
- Čarkov Ag. M.: Stomačna i duodenalna hirurgia. — Sofia, 1947.
- Carayannopoulos (Atena): Gastric resection as the treatment of perforated gastroduodenal ulcer. Surgery 1952.
- Cannon: The motor activ. of the stomach and small intest after splanchn. and vag. sect. Am. journ. of phys. 1906, Bd. 15.
- Chiari: Wiener klin. Wschr., 45, 1947.
- Cohnheim O.: Die Krankheiten des Verdauungskanales. 1905.
- Cohnheim P.: Arch. f. Verd. Kr. 1921, Bd. 27.
- Curschmann: Münchn. med. Wschr. 1918, Nr. 13.
- Cushing H.: Peptic ulcers and the interbrain. Surgery, Gynecology and Obstetrics 1932, Vol. LV.
- Dragstedt L. R. und Camp E. H.: Follow-up of Gastric Vagotomy Alone in the Treatment of Peptic Ulcer. Gastroenterology (Am.) 11, 1948.
- Dragstedt L. R. und Owens F. M. jr.: Supradiaphragmatic Section of the Vagus Nerves in Treatment of Duodenal Ulcer. Proc. Soc. exper. Biol. a. Med. (Am.) 53, 142, 1943.
- Dragstedt L. R., Schafer P. W.: Die Unterbrechung der Vagus-Inervation des Magens bei gastroduodenalen Ulcus. Suergery, Mai 1955 zit. n. Med. Nachr. a. d. USA, Folge 5.
- Domanig E.: Die chirurgische Therapie der Ulkuskrankheit. Klin. Med. Heft 3, 1946.
- Denk W.: Wiener klin. Wschr. 1919.
- Eads: Massive gastrointestinal hemorrhage J.A.M.A. 131, 891, 1946, c. Markoff.
- Enderlen: Ueber die Deckung von Magendefekten d. transplantiert. Netz. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1900, Bd. 55.
- Enderlen: Zur Behandlung des durchgebrochenen Magengeschwürs und zur Jejunostomie. Deutsche med. Wschr. Nr. 1, 1926.
- Fehr A.: Über die Vagotomie, Helvetica Chirurg. Acta 1947.
- Finsterer H.: Die akute Perforation von Magen- und Duodenalgeschw. Bruns Beitr. zur klin. Chir. 1910, Bd. 68.
- Finsterer H.: Zur Klinik und Therapie des Ulcus duod. Wiener Arch. f. inn. Med. 1922, Bd. 5.
- Finsterer H.: Der Wert der Frühoperation bei akuten Magenblutungen aus einem chronischen Uklus. Wiener klin. Wschr. Nr. 7, 1947.
- Finsterer H.: Ueber neuere Bestrebungen, die Resultate in der Abdominalchirurgie zu verbessern. (Vortrag bei d. l. Oesterr. Aerztetagung Salzburg 1947).

- Finsterer H.: Malignant Degeneration of Gastric Ulcer. Proceeding of the Royal Society of Medicine, Vol. XXXII. 183.
- Finsterer H.: Therapeutische Probleme in der Abdominalchirurgie Wiener klin. Wschr. 46, 1948.
- Finsterer H.: Wann muss ein blutendes Magengeschwür operiert werden? Wiener klin. Wschr. 11, 1937.
- Guleke: Chirurgie v. Kirschner-Nordmann Bd. VI.
- Ginzberg V.: Ulcus perforans. Vojno-Sanit. pregled 3, 1950.
- Ginzberg V.: Hirschleifer J., Ritz N., Schwartz R.: Replacement therapy in gastro-intestinal hemorrhage. The Rev. of Gastroenterology, 15, 747, 1948.
- Goropevšek M.: Hematemeza i melena kod gastroduodenalnog ulkusa. S. A. 577, 5, 1938.
- Gutmann et Demole: Sur l'origine des hématemèses. Soc. Med. Hop. 576, 1932.
- Gjanković H.: 30 godina kirurgije želuca. Acta Chirurgica, 5—6, 1952.
- Giordanengo (Novara): 100 cases of Perforated Gastroduodenal Ulcer. Boll. soc. piemont Chir. 1952, 22/8—9.
- Girardi, Bencini (Milano): Experiments on the conservative treatment of perforated gastroduodenal ulcer. Atti soc. lombarda Sci. med. biol. 1952.
- Haberer H.: Meine Technik der Magenresektion. Münchn. med. Wschr. 80, 915, 1933.
- Haberer H.: Chirurgische Behandlung des Magen-Duodenalgeschwürs. Münchn. med. Wschr. 80, 1577, 1933.
- Häffner: Beitrag zur Behandlung der freien Ulkusperforation. Wiener med. Wschr. 34, 1947.
- Haudek: Ein Beitrag zur Pathogen. u. Diagnose des Magen- und Zwölffingerdarmgeschwürs. Münchn. med. Wschr. 31, 32, 1918.
- Holler: Ist eine org. Vaguserkrankung der Ursprung des Ulkus ventr. chron. bei Menschen? Wiener klin. Wschr. 19, 1921.
- Iselin M.: A propos du traitement non opératoire des ulcères gastro duodenaux perforés. Presse Medical 64, 1950.
- Judin: Sovjetskaja medicina. 4, 1947.
- Jores A.: Die Beziehung der Hypophyse zum Intestinaltrakt und zur Ulkuskrankheit. Klinische Endokrinologie 1942. Wien.
- Kalk: Erfahrungen mit der Proteinkörpertherapie des Magen- und Duodenalgeschwürs. Klin. Wochenschrift 28, 1923.
- Kalk: Magen und Duodenalgeschwür. N. D. Klinik, 638, 1930.
- Konjizny: Die entzündliche Grundlage der typischen Geschwürsbildung im Magen und Duodenum. Erg. inn. Med. (D.) 37, 184, 1930.
- Konjetzny G. E. und Puhl H.: Ueber die Bedeutung der Gastritis und Duodenitis für die Entstehung des Magenrund Duodenalgeschwürs. Med. Klin. (D.) 23, 986 u. 1025, 1063, 1927.
- Krönlein: Ueber die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs. Arch. f. klin. Chir. 1906, Bd. 79.
- Kosanović B.: O perforacijama stomačne i duoden. grizlice. S.A. 2, 49, 1923.
- Kosanović B.: Prikaz perforirane grizlice duodenuma. S.A. 3, 1928.
- Kostić M.: G.e. ili resekcija u lečenju ulkusa. S.A. 9, 1926, 3, 1927.
- Kostić S.: Dijagnostički značaj pneumo-peritoneuma kod perforacije gastroduodenalnog ulkusa. S.A. 5, 1938.
- Krečić M.: Osvrt na dio rada prof. H. v. Haberers. Med. Arh. 1, 1951.
- Verrat M., Brette E. et Richard M.: Les ulcères gastroduodénaux d'étiologie au pathogénie connue chez homme. Arh. Mal. App. Digestif 42, 532—562, avril 1953.
- Löhr: Klin. u. exper. Beitr. zur Frage der Perforationsperitonitis des Magen- u. Duodenalgeschwürs und seiner Folgezustände. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1924, Bd. 156.
- Löhr: Bakteriolog. zur Magen Chirurgie. Zentr. f. Chir. Nr. 26, 1926.
- Lewin D. C. a. Tenolove S.: Haematemesis with special reference to chronic peptic ulcer. B. M. Journ. 4600, 1949.
- Loygue J.: Araitement des Hemorragies des ulcères gastro-duodénaux. Presse Médicale 460, 22, 1951.
- Mihal, Morison (Boston): Acute Perforated Peptic Ulcer. Criteria for Operation and Analysis of 500 cases. New. Engl. J. Med. 1952.

- Mandl (Linz): Das Perforationsgefährdete Geschwür des Magens und Zwölffingerdarmes. Wien, med. Wschr. 102/6, 1952.
- Markoff N.: Klinik u. Therapie der massiven Magen-darmblutung. Bern. 1950.
- Masten E. G., Bunts R. C.: Neurogenic erosions and perforations of the Stomach and oesophagus in Cerebral lesions: Raport of six cases. Arch. Int. Med. XII, 1934.
- Meulengracht: Behandlung von Haematemesis und Malaena. K. Wschr. 1934.
- Milin R.: Udeo endokrinog i neurovegetativnog sistema u patogenezi gastro-duodenalnih grizlica i endokrina reakcija za njihovu dijagnozu. S. A. 3, 205—19.
- Mandl: Ueber die abdominelle Vagusresektion beim Ulkusleiden. Wien. klin. Wschr. 13, 1948.
- Mattisson K.: Ulkus ventrikuli traumatikum. Hygiene 1923.
- Meyringk: Ueber Bakterienbefunde im Magen bei Ca. u. Ulkus. Verh. d. Deutsch. Ges. f. Hhir. 1924.
- Mikulicz: Ueber Laparotomie bei Magen- u. Darmperforat. Vollmanns Samml. klin. Vortr. Nr. 262, 1885.
- Moynihau: Perforated peptic ulcer. Practitioner. 1928.
- Mondor-Lauret: Les ulcères perfores de l'estomac et du duodenum Masson 1924.
- Nissen R.: Die chirurgische Behandlung des chronischen Magen- und Duodenalgeschwürs. Dtsch. med. Waschr. 77, 1277, 1952.
- Nissen R.: Die Operationswahl in der chirurgischen Behandlung des Magen- und Duodenalgeschwürs. Ciba-Symposium. Bd. 1, H. 3, 1953.
- Naegeli O.: Differentialdiagnose in der inneren Medizin. 1937.
- Ognev B. V.: Hirurgija br. 4, 1946.
- Putnik M.: Lečenje perforisane grizlice na stomaku i dvanaestopalačnom crevu, S.A. 4, 1947.
- Protić M.: Med. Arhiv, 4, 1951.
- Payr: Erfahrungen über Excision u. Resection b. Magengeschw. Verh. d. Deutsch. Ges. f. Chir. 2, 1909.
- Radojević S.: Du meilleur traitement chirurgical des ulcères gastro-duoden. perforés. Revue de Chirurgie, 11, 1925.
- Rokitansky C.: Handbuch d. pathol. Anatomie. 1955.
- Stefanenko: Hirurgija 11, 1946.
- Stierlin E.: Ueber die Mageninnervation in ihrer Beziehung zur Aetiologie und Therapie des Ulcus. Deutsch. Z. Chir. 152, 358, 1920.
- Simić S., Bukurov S.: Naša zapažanja kod vagotomija. S. A., 5—6, 1949.
- Schönbauer L.: Klinische Beiträge zur Perforationsperitonitis. Acta. chir. scand. 1924.
- Strauss H.: Ueber hereditäres und familiäres Vorkommen von Ulcus ventr. und duoden. Minchn. med. Wschr., 9. 1921.
- Smets-Henrotin: Akutne perforacije gastro-duodenalnih i peptičnih ulcera. La presse medical. 67, 1948.
- Saegesser F.: Résultats du traitement chirurgical de la perforation aigue des ulcères de l'estomac. et duodenum. Helvetica Chirurgica Acta.. Vol. 20, Basel, 1953.
- Tardieu G. et Tardieu C.: Le système nerveux végétatif. 134, 467—9, 617—19, 1948.
- Wallensten (Stockholm): Prymary Results in Palliative Surg. Treatment of Perforated Gastroduodenal. ulcers. Acta chir. scand. 1952, 104/1.

(Hirurška klinika Medicinskog fakulteta u Sarajevu)