

ΤΑΞ. Β. ΔΑΣΚΑΛΑΚΗ
ΥΦΗΓΗΤΟΥ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

ΚΑΘ. Γ. Α. ΧΡΥΣΟΧΟΙ
Κ. ΛΟΜΒΑΡΔΟΥ 100
ΑΘΗΝΑΙ

Α.Β.Σ. ΠΕΙΡΑΙΩΣ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	4523
ΑΠΟΓΡΑΦΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗΣ	

ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΓΑΣΤΡΟΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ

A - B

ΜΕ ΠΡΟΛΟΓΟΝ
ΤΟΥ ΤΑΚΤΙΚΟΥ ΚΑΘΗΓΗΤΟΥ ΤΗΣ Β' ΠΑΘΟΛ. ΚΛΙΝΙΚΗΣ
ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ
Κ. ΑΡΚ. ΓΟΥΤΤΑ

ΜΕΤΑ ΣΧΗΜΑΤΩΝ
ΚΑΙ ΠΟΛΛΩΝ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΩΝ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ	
ΑΡ. ΣΕ.	73809
ΟΧΡ.	
Π.	
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ	



00173809

ΒΙΒΛΙΟΠΩΛΕΙΟΝ
ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ Κ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ
ΣΟΛΩΝΟΣ 69 - ΑΘΗΝΑΙ
1956

Α.Β.Ε. ΠΕΙΡΑΙΕΣ	
ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ
1003	
ΑΠΟΡΡΗΗ ΒΙΒΛΙΟΤΗΚΗΣ	

Πάν γνήσιον αντίτυπον φέρει τήν υπογραφήν του συγγραφέως.

Handwritten signature

ΕΚΔΟΣΗ	1985
ΤΙΤΛΟΣ	
ΑΡΙΘΜΟΣ	
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	
ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ	

ΕΚΤΥΠΩΣΕΙΣ
 Χ. ΛΕΟΝΤΙΑΔΗΣ & ΥΙΟΣ
 ΧΑΡ. ΤΡΙΚΟΥΠΗ 103
 ΤΗΛΕΦΩΝΟΝ 614 - 061

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το βιβλίο αυτό είναι η έκδοση της πρώτης έκδοσης...
...της πρώτης έκδοσης...
...της πρώτης έκδοσης...

ΕΙΣ ΤΟΝ ΑΔΕΛΦΟΝ ΜΟΥ
ΑΠΟΣΤΟΛΟΝ Β. ΔΑΣΚΑΛΑΚΗΝ
ΠΡΥΤΑΝΗΝ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ
ΕΙΣ ΕΝΔΕΙΞΗΝ ΑΓΑΠΗΣ ΚΑΙ ΕΥΓΝΩΜΟΣΥΝΗΣ

...της πρώτης έκδοσης...
...της πρώτης έκδοσης...
...της πρώτης έκδοσης...

...της πρώτης έκδοσης...
...της πρώτης έκδοσης...
...της πρώτης έκδοσης...

...της πρώτης έκδοσης...
...της πρώτης έκδοσης...
...της πρώτης έκδοσης...

...της πρώτης έκδοσης...
...της πρώτης έκδοσης...
...της πρώτης έκδοσης...

Αθήναι, 1911
Εκδόσεις...
...της πρώτης έκδοσης...

THE
LAW
OFFICE
OF
DAVID
M. HARRIS
ATTORNEY AT LAW
1000
PENNAC
AVENUE
PHILADELPHIA
PA 19107
TEL: 215-595-1100
FAX: 215-595-1101

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τὸ βιβλίον, τὸ ὁποῖον παρουσιάζει σήμερον ὁ ὑψηγῆτης κ. **Ταξ. Δασκαλάκης**, ἐγράφη βάσει μαθημάτων ἐπὶ τῶν νόσων τοῦ πεπτικοῦ συστήματος καὶ τῶν χοληφόρων ὁδῶν, τὰ ὁποῖα αὐτός ἐδίδαξεν ἐπὶ σειρὰν ἐτῶν, ἀφ' ὅτου ἐργάζεται ἐν τῇ Κλινικῇ καὶ συγκαταλέγεται μεταξὺ τῶν τακτικῶν συνεργατῶν τοῦ προγράμματος διδασκαλίας τῆς Β' Παθολογικῆς Κλινικῆς τοῦ Ἐθν. Πανεπιστημίου Ἀθηνῶν.

Ὁ κ. Δασκαλάκης ἔχει ἐγκύψει ὅλως ἰδιαιτέρως εἰς τὴν κλινικὴν μελέτην τῶν νόσων τοῦ πεπτικοῦ συστήματος, εἰδικευθεὶς ἐπὶ πολλὰ ἔτη παρὰ τῷ δοκίμῳ Διδασκάλῳ αὐτοῦ κ. René Gutmann ἐν τῷ Νοσοκομείῳ Salpêtrière τῶν Παρισίων.

Τὴν σύνταξιν τῶν μαθημάτων του ἐπεμελήθη μὲ ἰδιαιτέραν ὅλως φροντίδα καὶ κατώρθωσεν εἰς μικρὸν σχετικῶς ἀριθμὸν σελίδων νὰ περιλάβῃ ὅλας τὰς ἀπαραιτήτους γνώσεις γαστροεντερολογίας διὰ τοὺς παρακολουθοῦντας φοιτητὰς καὶ τοὺς ἐν τῇ Κλινικῇ εἰδικευομένους ἰατροὺς.

Ἐπὶ σειρὰν ἐτῶν ἐπεξεργάσθη τὰ θέματα καὶ προσήρμοσε ταῦτα πρὸς τὰς νεωτέρας γνώσεις τῆς γαστροεντερολογίας, λαβῶν ὑπ' ὄψιν του τὰ πλέον ἐγκυρα ἐκ τῶν παλαιῶν καὶ νεωτέρων εἰδικῶν συγγραμμάτων ἐπὶ τῶν νόσων τοῦ πεπτικοῦ συστήματος.

Κατὰ τὸ ἐξαιρετὸν διάστημα, καθ' ὃ τακτικῶς ἐργάζεται ἐν τῇ Β' Παθολογικῇ Κλινικῇ, ἐμελέτησε πολλὰς περιπτώσεις δυσχεροῦς διαγνώσεως νόσων τοῦ Στομάχου, τοῦ Δωδεκαδακτύλου, τῶν Ἐντέρων καὶ τῶν Χοληφόρων ὁδῶν. Αἱ περιπτώσεις αὗται τῷ ἐχρησίμευσαν ὡς ὁδηγὸς κατὰ τὴν σύνταξιν τοῦ βιβλίου του.

Εἶμαι εὐτυχῆς σήμερον, διότι μοῦ δίδεται ἡ εὐκαιρία νὰ συγχαρῶ τὸν γράψαντα καὶ ἔχω τὴν πεποίθησιν, ὅτι ἡ παρούσα συγγραφή του δὲ προσφέρει πολὺτιμον βοήθειαν εἰς τοὺς σπουδαστὰς τῆς Ἱατρικῆς καὶ τοὺς Ἑλληνας Ἱατροὺς.

ΑΡΚ. ΓΟΥΤΤΑΣ

Τακτικὸς Καθηγητὴς τῆς Β' Παθολογικῆς Κλινικῆς
τοῦ Πανεπιστημίου Ἀθηνῶν.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πρὸ ἐξαετίας, ὅτε ἀνελάβομεν ὑπηρεσίαν, ὡς ὑφηγητῆς, ἐν τῇ Β' Παθολογικῇ Κλινικῇ τοῦ Πανεπιστημίου Ἀθηνῶν, μᾶς ἀνετέθη ὑπὸ τοῦ Καθηγητοῦ κ. Ἀρκ. Γούττα ἢ ἐπ' ἀμφιθεάτρῳ διδασκαλία περὶ τῶν νοσημάτων τοῦ πεπτικοῦ συστήματος, παραλλήλως μὲ τὴν ἐντὸς τῶν θαλάμων ἐκπαίδευσιν τῶν φοιτητῶν καὶ τῶν εἰδικευομένων ἰατρῶν.

Ἐκ τῆς καθημερινῆς ταύτης ἐπαφῆς μας μετὰ τῶν ἐν λόγῳ σπουδαστῶν ἀντελήφθημεν, ὅτι ὑπάρχει κενόν τι ἐν τῇ ἡμετέρῳ βιβλιογραφίᾳ, εἰς ὅ,τι ἀφορᾷ τὴν παθολογίαν τοῦ πεπτικοῦ συστήματος. Κατόπιν τούτων ἤχθημεν εἰς τὴν ἀπόφασιν, ὅπως τὰ μαθήματα ταῦτα ἐκδώσωμεν εἰς βιβλίον, πιστεύοντες ὅτι οὕτω προσφέρομεν ὑπηρεσίαν εἰς τοὺς συναδέλφους ὄλων τῶν εἰδικοτήτων. Τὰ μαθήματα τὰ ἀφορῶντα τὰ νοσήματα τοῦ οἰσοφάγου, τῶν ἐντέρων καὶ τοῦ παγκρέατος θὰ ἀποτελέσουν ἕτερον τόμον, ἐκδοθησόμενον ἐν εὐθέτῳ χρόνῳ.

Εἰς τὸ παρὸν βιβλίον ἀσχολούμεθα κυρίως μὲ τὰ σπουδαιότερα ὀργανικά νοσήματα τοῦ Στομάχου, Δωδεκαδακτύλου, Χοληδόχου κύστεως καὶ Χοληφόρων ὁδῶν. Ἀποδίδομεν μεγίστην σημασίαν εἰς τὴν κλινικὴν εἰκόνα, ἐπιμένοντες ἐπὶ τῆς διαφορικῆς διαγνώσεως. Ὅμως ἡ προσπάθειά μας θὰ ἦτο ἀτελεσφόρητος καὶ ἡ μελέτη τῶν νοσημάτων αὐτῶν πλημμελής, τολμῶμεν νὰ εἴπωμεν, ἐάν δὲν περιλαμβάνε τὴν τελείαν γνῶσιν τῆς Ἀκτινολογίας. Ὡς ἐκ τούτου, εἰς τὰ παρόντα κλινικά μαθήματά μας, ὅπως καὶ ἐπ' ἀμφιθεάτρῳ, ἀφιερῶνομεν σημαντικὸν χρόνον καὶ χρόνον εἰς τὴν ἀκτινοδιαγνωστικὴν τῶν νόσων τοῦ πεπτικοῦ συστήματος.

Ἡ λεπτομερὴς περιγραφή καὶ ἐρμηνεῖα τῶν διαφόρων ἀκτινολογικῶν εἰκόνων, ἢ παράθεσις ὅσον τὸ δυνατόν ἀπλῶν καὶ τυπικῶν ἀκτινογραφιῶν, ἀπετέλεσαν ἐν ἐκ τῶν κυριωτέρων μελημάτων μας. Αἱ παρατιθέμεναι ἀκτινογραφίαι, ἐκτὸς ἐάν γίνεται ἰδιαίτερα μνεῖα, προέρχονται εἴτε ἐκ τῆς ἰδιωτικῆς μας πελατείας εἴτε ἐξ ἀρρώστων νοσηλευθέντων ἐν τῇ Β' Παθολογικῇ Κλινικῇ εἴτε ἐκ τοῦ ὑπὸ τὴν διεύθυνσίν μας Γαστροεντερολογικοῦ τμήματος τοῦ Νοσοκομείου «Ὁ Ἅγιος Σάββας».

Τὸ παρὸν ὁμως βιβλίον οὐδέποτε ἤθελεν ἴδει τὸ φῶς τῆς ἡμο-

σιότητας, εάν δέν ὑπῆρχεν ἡ ἀμέριστος ἠθικὴ ἐνίσχυσις τοῦ Διευθυντοῦ τῆς Β' Παθολογικῆς Κλινικῆς ὡς καὶ ἄλλων τῶν συνεργατῶν του.

Ὁ Καθηγητὴς κ. Ἄρκ. Γούττας, μὲ τὴν καλωσύνην καὶ εὐπροσηγορίαν ἣτις πάντοτε τὸν διακρίνει, μὲ τὴν ἀπεριόριστον πρὸς ἡμᾶς ἐμπιστοσύνην του, μὲ τὴν μεγάλην κλινικὴν πείραν του, ἀπέβη ὁ πολυτιμότερος σύμβουλός μας.

Ἐπιτελοῦμεν ἐλάχιστον καθήκον ἐκφράζοντες ἐνταῦθα πρὸς τὸν Καθηγητὴν κ. Ἄρκ. Γούτταν τὴν βαθυτάτην εὐγνωμοσύνην μας δι' ὅσα μέχρι σήμερον ἔχει πράξει ὑπὲρ ἡμῶν.

* * *

Ἡ ἐν Παρισίοις πολυετὴς ἐκπαίδευσίς μας παρὰ τὸ πλευρὸν τοῦ πρώτου μας διδασκάλου κ. René A. Guimann ἔσχεν ὡς φυσικὸν ἀποτέλεσμα τὴν ἀπόκτησιν ὠρισμένων ἀντιλήψεων, ὡς αὐταὶ μᾶς ἐδιδάχθησαν. Ὡς ἐκ τούτου πολλὰ τῶν παρόντων μαθημάτων φέρουν τὴν σφραγίδα τῆς διδασκαλίας ταύτης. Τοῦτο ὅμως δέν σημαίνει ὅτι δέν ἐμελετήσαμεν καὶ ἄλλας πηγὰς. Τούναντίον, διὰ τὴν σύνταξιν τῶν ἐλάβομεν ὑπ' ὄψιν ὅλας τὰς νεωτέρας διεθνεῖς ἐργασίας. Ἐπὶ πλέον ἡ μακροχρόνιος πείρα ὡς καὶ αἱ ἐν τῇ Κλινικῇ παρατηρήσεις ἐπὶ τῶν διαφόρων ἀρρώστων, μᾶς κατηύθυνον εἰς τὴν διαλογὴν καὶ παραδοχὴν τῶν ἔχουσῶν πρακτικὴν, κυρίως, σημασίαν ἀπόψεων.

* * *

Εἰς βιβλίον συντεταγμένον ὑπὸ μορφήν κλινικῶν μαθημάτων, ἡ παράθεσις βιβλιογραφικῶν παραπομπῶν θ' ἀπέβαινεν ἄσκοπος καὶ ἀνιστά. Ὡς ἐκ τούτου σημειώνομεν ἀπλῶς τὰ κυριώτερα συγγράμματα καὶ τὰ εἰδικὰ ἐκεῖνα περιοδικὰ τῶν τελευταίων ἐτῶν, τὰ ὁποῖα συνεβουλεύθημεν.

- R. A. Guimann: Les syndromes douloureux de la région épigastrique. Doin éd. Paris, 1947.
- P. H. Hillermann: Maladies de l'estomac, de l'oesophage et du duodénum. Flammarion éd. Paris, 1950.
- R. Cachera, J. Caroli, M. Bolgerf: Maladies du foie, des voies biliaires, du pancréas. Flammarion éd. Paris, 1951.
- A. Alvarez: An Introduction to Gastro—Enterology. Hoeber, New York, 1948.
- B. P. Babkin: Secretory Mechanism of the Digestive System. Hoeber, New York, 1950.

- H. L. Bockus: Gastro—Enterology. Saunders, Philadelphia, 1946.
- F. Av. Jones: Modern Trends in Gastro—Enterology. Butterworth, London, 1952.
- C. Ivy: Peptic Ulcer. Blakiston, Philadelphia, 1950.
- Archives des Maladies de l'Appareil Digestif.
- Gastroenterology.
- The Review of Gastroenterology.
- The American Journal of Digestive Diseases.

Ἀθήναι, Μάρτιος 1954

ΤΑΞ. Β. ΔΑΣΚΑΛΑΚΗΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

		Σελ.
ΚΕΦ. Α'	ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ.	1
	'Ανατομική κατασκευή του στομάχου.	6
	'Αγγεία του στομάχου.	7
	Λεμφικά αγγεία του στομάχου.	13
	Νευρικόν σύστημα του στομάχου.	14
	Αί κινήσεις του στομάχου.	17
ΚΕΦ. Β'	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ.	19
	Οί αδένες του στομάχου	21
	Γαστρική έκκρισις.	28
	Ψυχική ή κεφαλική φάσις τῆς γαστρικῆς ἐκκρίσεως.	29
	Γαστρική ή χημική φάσις τῆς γαστρικῆς ἐκκρίσεως.	31
	'Εντερική φάσις τῆς γαστρικῆς ἐκκρίσεως.	33
	Α' 'Εντερογαστρώνη.	34
	Β' Ούρογαστρώνη.	35
ΚΕΦ. Γ'	Ο ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΥΤΟΥ ΑΞΙΑ ΕΝ ΤΗ ΓΑΣΤΡΟΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ	41
	'Εντόπισις του πόνου	44
	Χαρακτήρες του πόνου	46
	Χρόνος ἐμφανίσεως του πόνου	50
	'Η περιοδικότης του πόνου	52
ΚΕΦ. Δ'	ΤΟ ΕΛΚΩΤΙΚΟΝ ΣΥΝΔΡΟΜΟΝ	61
	'Αρχή ή περίοδος εισβολῆς του ἔλκους	66
	Περίοδος ήσυχίας	70
ΚΕΦ. Ε'	ΤΟ ΕΛΚΟΣ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ	74
	Εἰσαγωγή — 'Ιστορικόν	74
	Κλινική Εἰκῶν	80
	Κλινικαί μορφαί.	85
	Διαφορική διάγνωσις	87
ΚΕΦ. ΣΤ'	ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΩΝ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥ- ΛΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ.	88
	'Ακτινολογική εἰκῶν του φυσιολογικοῦ βολβοῦ.	89
	'Ο ἔλκωδης βολβός.	91
	'Ακτινολογική εἰκῶν του μεταβολβικοῦ ἔλκους.	104
	'Ακτινολογική εἰκῶν τῆς κατιούσης μοίρας του 12δακτύλου.	104

ΚΕΦ. Ζ'	ΤΟ ΕΛΚΟΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	Σελ.	106
	Κλινική εικών τοῦ ἔλκους τοῦ ἐλάσσονος τόξου.	»	111
	Κλινικαὶ μορφαί.	»	113
	"Ελκος τῆς καθέτου μοίρας ἐλάσ. τόξου.	»	113
	"Ελκος τῆς ὀριζοντίας μοίρας τοῦ ἐλάσ. τόξου.	»	114
	"Ελκος τοῦ πυλωρικοῦ ἰσθμοῦ.	»	114
	"Ελκος τοῦ καρδιακοῦ στομίου.	»	115
	"Ελκος τῶν ἐπιφανειῶν τοῦ στομάχου	»	115
ΚΕΦ. Η'	ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΩΝ ΤΩΝ ΕΛΚΩΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	»	117
	I. "Ελκος τοῦ ἐλάσσονος τόξου.	»	117
	"Η φωλεά.	»	117
	Αί ἀλλοιώσεις τοῦ ἐλάσσονος τόξου.	»	123
	Αί ἀλλοιώσεις τοῦ πυλωρικοῦ ἄντρου καὶ τοῦ πυλωροῦ.	»	125
	Αί ἀλλοιώσεις τοῦ μείζονος τόξου.	»	127
	II. Διλόβος στόμαχος.	»	129
	α) Διλόβωσις ἐξ ἔλκους τοῦ ἐλάσσονος τόξου.	»	129
	β) Διλόβωσις ἐκ καρκίνου.	»	130
	γ) Διλόβωσις ἐκ συφιλίδος.	»	130
	III. "Ελκος παραπυλωρικόν.	»	132
	IV. "Ελκος τοῦ πυλωρικοῦ ἰσθμοῦ.	»	133
	V. "Ελκος τοῦ καρδιακοῦ στομίου.	»	133
	VI. "Ελκος τῶν ἐπιφανειῶν τοῦ στομάχου.	»	134
	VII. "Ελκος τοῦ μείζονος τόξου.	»	134
ΚΕΦ. Θ'	ΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΑΙ ΤΩΝ ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΔΛ- ΚΤΥΛΙΚΩΝ ΕΛΚΩΝ.	»	136
	A' "Η διάτρησις.	»	136
	Κλινικά συμπτώματα μιᾶς διατρήσεως.	»	138
	"Εντετοπισμένον ὑποδιαφραγματικόν ἀπό- στημα κατόπιν διατρήσεως ἔλκους.	»	148
	Διάγνωσις.	»	148
	Κλινικαὶ μορφαί τῆς ὀξεΐας σκωληκοει- δίτιδος.	»	152
	"Οξεΐα παγκρεατίτις.	»	154
	"Οξεΐα ἐντερικὴ ἀπόφραξις.	»	158
	Ρῆξις ἐξωμητρίου κήσεως.	»	161
	Αἱ νεώτεροι ἀντιλήψεις ἐπὶ τῆς θεραπείας τῆς διατρήσεως.	»	161
	B' "Η στένωσις τοῦ πυλωροῦ	»	165
	Αἰτιολογία	»	166
	Κλινικὴ καὶ ἀκτινολογικὴ εἰκὼν	»	168

Διαταραχαί τοῦ ὕδατος καὶ τῶν ἠλεκτρο- λυτῶν κατὰ τὴν στένωσιν τοῦ πυλωροῦ	Σελ.	176
Κλινικαὶ μορφαὶ τῆς στενώσεως τοῦ πυλωροῦ.	»	186
α' Φλεγμονώδης στένωσις	»	187
β' Σπαστική στένωσις.	»	188
γ' Ὑπερτροφική στένωσις.	»	189
1. Ὑπερτροφική στένωσις ἐνηλίκων.	»	189
2. Συγγενῆς ὑπερτροφική στένωσις τοῦ βρέφους.	»	195
Γ' Αἷ Γαστρορραγία	»	199
1. Αἱματέμεις	»	200
2. Μέλαινα	»	201
Κλινικὴ εἰκὼν τῆς γαστρορραγίας.	»	204
Βιοχημικαὶ ἀλλοιώσεις.	»	207
Διαφορικὴ διάγνωσις.	»	208
Αἰτιολογικὴ διάγνωσις τῶν γαστρορραγιῶν.	»	208
Α' Αἷτια ἐνδογαστρικά	»	209
Β' Αἷτια ἐξωγαστρικά.	»	209
Α' Γαστρορραγία ὀφειλόμενα εἰς ἐνδογαστρικά αἷτια	»	209
I. Γαστρορραγία τῶν ἐλκῶν. Πρόγνωσις καὶ θεραπεία τῶν γαστρορ- ραγιῶν ἐξ ἔλκους.	»	215
II. Γαστρορραγία ἐκ γαστρίτιδος ἢ δωδε- καδακτυλίτιδος.	»	220
α) Γαστρίτιδες.	»	220
Αἰτιολογία.	»	221
Κλινικὴ εἰκὼν.	»	222
β) 12δακτυλίτιδες	»	224
1. Ὁξείαι 12δακτυλίτιδες	»	225
2. Χρόνια πρωτοπαθεῖς 12δακτυλίτιδες.	»	225
III. Γαστρορραγία ἐκ καρκίνου τοῦ στομάχου	»	229
IV. Γαστρορραγία ἐκ συφιλίδος τοῦ στο- μάχου.	»	231
V. Φυματίωσις τοῦ στομάχου.	»	236
VI. Καλοήθεις ὄγκοι τοῦ στομάχου καὶ 12δακτύλου.	»	239
1. Schwannome.	»	242
2. Ἀδενώματα.	»	243
3. Λειομυώματα.	»	243
4. Λιπώματα	»	243
5. Ἀγγειώματα.	»	243
VII. Γαστρορραγία ἐκ ρήξεως ἀγγείων	»	244
VIII. Γαστρορραγία κατὰ τὴν γαστρικὴν κρίσιν τοῦ Tabes.	»	245
IX. Γαστρορραγία ἐξ ἀνωδιαφραγματικοῦ στο- μάχου	»	245

X. Μετεγχειρητικά γαστρορραγία.	Σελ.	248
XI. Γαστρορραγία ἐκ τραυματισμοῦ.	»	248
B' Γαστρορραγία ὀφειλόμενα εἰς ἐξωγαστρικά αἷτια.	»	248
I. Νοσήματα τοῦ ἥπατος.	»	248
1. Ἰκτεροὶ α) ἥπατοκυτταρικοὶ	»	249
β) Ἀποφρακτικοὶ	»	249
2. Κιρρώσεις	»	249
II. Νοσήματα τοῦ σπληνός.	»	251
III. Θρομβώσεις τῆς πυλαίας.	»	253
IV. Νοσήματα τοῦ οἴσοφάγου	»	253
V. Αἱμορραγικαὶ διαθέσεις.	»	253
1) Νόσος τοῦ Vaquez.	»	253
2) Διάφοροι πορφύραι.	»	253
3) Συμπτωματικαὶ πορφύραι.	»	254
4) Αἰμοφιλία.	»	254
5) Κληρονομικὴ ἀγγειωμάτωση.	»	254
VI. Γαστρορραγία λόγω παθήσεως ὀργάνων μακρὰν τοῦ στομάχου κειμένων	»	254
VII. Αἱμορραγία τῶν νεογνῶν.	»	256
VIII. Διάφορα αἷτια.	»	257
ΚΕΦ. I' ΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟΝ ἢ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΝ ΕΛΚΟΣ	»	258
Κλινικὴ εἰκὼν.	»	265
Κλινικαὶ μορφαί.	»	266
Ἀκτινολογικὴ εἰκὼν.	»	268
ΚΕΦ. ΙΑ' ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	»	271
A' Γενικὴ ἐπισκόπησις.	»	271
Ἱστορικόν.	»	279
Αἰτιολογία.	»	280
B' Κλινικὴ εἰκὼν καὶ κλινικαὶ μορφαὶ τοῦ καρκίνου τοῦ στομάχου.	»	289
A' περίοδος εἰσβολῆς.	»	289
Ἐλκώδης καρκίνος.	»	295
B' περίοδος ἀκμῆς (κλασσικὸς καρκίνος).	»	299
Τὸ ἐξαλλαγέν ἔλκος	»	302
Γ' Ἀκτινολογικὴ εἰκὼν τοῦ καρκίνου τοῦ στομάχου.	»	310
A' Καρκίνος ἐν τῇ ἀρχῇ.	»	310
I. Διηθητικὴ μορφή.	»	312
II. Ἐλκώδης μορφή.	»	317
III. Ἐκπλαστικὴ ἢ ὑπερπλαστικὴ μορφή.	»	323
B' Κλινικαὶ καὶ ἀκτινολογικαὶ μορφαὶ τοῦ καρκίνου τοῦ στομάχου κατὰ τὴν περίοδον τῆς ἀκμῆς.	»	299
Μορφαὶ ἀναλόγως τῆς ἐντοπίσεως.	»	326
I. Καρκίνος τοῦ πλωροῦ	»	326
Ἀκτινολογικὴ εἰκὼν	»	237

	II. Καρκίνος τοῦ καρδιακοῦ στομίου.	Σελ.	329
	III. Καρκίνος διαφόρων ἄλλων μοιρῶν τοῦ στομάχου.	»	330
	Κακοήθης πλαστική λινίτις	»	330
	Ἀκτινολογικὴ εἰκῶν τοῦ ἐξαλλαγέντος ἔλκουσ.	»	334
ΚΕΦ. IB'	ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ, ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΑΙ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ ΟΔΩΝ.	»	338
	A' Ἀνατομική.	»	338
	B' Φυσιολογία τῆς χοληδόχου κύστεως καὶ τῶν χοληφόρων ὁδῶν.	»	345
	Γ' Συγγενεῖς ἀνωμαλῖαι.	»	357
	Συγγενεῖς ἀνωμαλῖαι τῆς χοληδόχου.	»	357
	Ἀνωμαλῖαι τῶν χοληφόρων ὁδῶν.	»	361
ΚΕΦ. IΓ'	Η ΕΞΕΤΑΣΙΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	»	365
	A' Κλινικὴ ἐξέτασις.	»	365
	B' Ὁ καθητηριασμός τοῦ δωδεκαδακτύλου.	»	370
	Εὐρήματα καὶ ἀποτελέσματα τοῦ καθητηριασμοῦ.	»	372
	Γ' Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις τῆς Χοληδόχου κύστεως (χολοκυστογραφία).	»	377
ΚΕΦ. ID'	ΔΥΣΚΙΝΗΣΙΑΙ ΤΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ ΟΔΩΝ.	»	387
	Διαταραχαὶ τοῦ σφινκτήρος τοῦ Oddi.	»	388
	Διαταραχαὶ τοῦ χρόνου ροῆς χολῆς Α.	»	390
	Διαταραχαὶ τοῦ χρόνου ἐκκενώσεως τῆς χοληδόχου κύστεως.	»	392
	Χολοκυστατονία	»	393
ΚΕΦ. IE'	Η ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΙΣ.	»	398
	Αἰτιολογία.	»	398
	Παθογένεια.	»	401
	Οἱ χολόλιθοι.	»	407
	Κλινικὴ εἰκῶν τῆς χολολιθιάσεως.	»	409
	Ὁ κωλικός τοῦ ἥπατος	»	413
	Κλινικαὶ μορφαὶ τοῦ κωλικοῦ τοῦ ἥπατος.	»	417
	Ἀκτινολογικὴ εἰκῶν τῆς λιθιάσεως τῆς χοληδόχου κύστεως.	»	419
	Λιθίασις τοῦ χοληδόχου πόρου.	»	422
	Κλινικὴ εἰκῶν (κλινικαὶ μορφαί).	»	424
	Διαφορικὴ διάγνωσις.	»	430
ΚΕΦ. IΣΤ'	Η ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ ΤΩΝ ΙΚΤΕΡΩΝ	»	433
	Φυσιοπαθολογία τῶν ἰκτέρων.	»	433
	Παθογένεια.	»	434
	Ταξινόμησις τῶν ἰκτέρων.	»	435
	Διαφορικὴ διάγνωσις	»	439

	Κλινική εξέταση τοῦ ἀρρώστου. (Ἔμφρα, σπλήν, Χοληδ. κύστις). Ἀναμνηστικόν.	»	446
ΚΕΦ. ΙΖ'	ΗΠΑΤΙΚΑΙ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΙ	»	451
	Ταξινόμησις τῶν ἡπατικῶν δοκιμασιῶν.	»	452
	Χολαιμία. Αἱ χολοχρωστικά.	»	454
	Ἐντεροηπατικός κύκλος τῶν χολοχρωστικῶν.	»	455
	Τὰ χολικά ἄλατα.	»	459
	Βρωμοσουλφονοφθαλεΐνη.	»	461
	Γαλακτοζουρία.	»	461
	Λευκώματα αἵματος.	»	462
	Κροκυδοαντιδράσεις (Takata—Ara, Hanger, Mc Lagan, Gray).	»	463
	Λιπαιμία (Χοληστερόλη. Ἐντεροηπατικός κύκλος).	»	465
	Ἴππουρικόν ὄξύ.	»	469

ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ἐκ τῶν ἀρχῶν τοῦ παρόντος αἰῶνος ἐσημειώθησαν μεγάλοι πρόοδοι ἐν τῇ Ἱατρικῇ, ὀφειλόμενοι κυρίως εἰς ποικίλας ἐργαστηριακάς ἐρεῦνας καὶ τεχνικῆς φύσεως τελειοποιήσεις. Λόγῳ ὅμως ἀκριβῶς τῶν προόδων αὐτῶν παρατηρεῖται, ἐκ μέρους τῶν νέων ἰδίως ἰατρῶν, μία ἐπικίνδυνος, ὡς εἴπωμεν, στροφή. Τοιοῦτοτρόπως οἱ νέοι σήμερον διὰ τὴν διάγνωσιν μιᾶς νόσου βασιζονται πολὺ περισσότερον εἰς τὰ διάφορα ἐργαστηριακὰ εὐρήματα παρά εἰς τὴν κλινικὴν ἐρευναν. Πολλοὶ μάλιστα ἐξ αὐτῶν ἀρχίζουν καὶ τὴν ἱατρικὴν τῶν ἐκπαίδευσιν ἀπὸ τὰ ἐργαστήρια, ἀμελοῦντες ἢ καὶ ἀγνοοῦντες τὴν κλινικὴν τοῦ ἀρρώστου, ὅπου ὅμως καὶ μόνον ἀποκτᾶται ἡ πείρα.

Εἰς τὰ νοσήματα ἰδίως τοῦ πεπτικοῦ συστήματος, τὰ ὁποῖα καὶ θὰ μᾶς ἀπασχολήσουν ἐνταῦθα, ἀλλὰ καὶ εἰς τὰ νοσήματα τῶν ἄλλων συστημάτων, ἡ σχετικὴ ἀφθονία τῶν ἐργαστηριακῶν μέσων ἀποτρέπει τὸν ἰατρόν ἀπὸ μίαν συστηματικὴν κλινικὴν ἐρευναν τοῦ ἀρρώστου, ἐπὶ ζημίᾳ πάντοτε καὶ τῶν δύο.

Δυνάμεθα νὰ βεβαιώσωμεν, ὅτι καθημερινῶς παρατηροῦμεν ἀρρώστους, εἰς τοὺς ὁποίους ἡ διάγνωσις ἐβασίσθη ἐπὶ μόνῃ τῆς ἐργαστηριακῆς ἀπαντήσεως καὶ εἰς τοὺς ὁποίους ἐφηρμόσθη ἀμέσως καὶ ἡ ἀνάλογος θεραπεία. Οὕτως εἰς πλείστας ὄσας περιπτώσεις, μία ἀμφιβόλου ἀξίας ἐξέτασις τῶν κοπράνων, ἄνευ συστηματικῆς κλινικῆς ἐξετάσεως τοῦ ἀρρώστου, ἔσχεν ὡς ἀποτέλεσμα μίαν ἀντιαιμοιβαδικὴν θεραπείαν, ἐνῶ ἐπρόκειτο περὶ καρκίνου τοῦ ὄρθου. Βάσει ἐξ ἄλλου μιᾶς ἀπλῆς ἀκτινοσκοπήσεως τοῦ στομάχου, κατὰ τὴν ὁποίαν παρετηρήθη μία παραμόρφωσις τοῦ βολβοῦ, συνεστήθη καὶ ἐξετελέσθη ἡ χειρουργικὴ ἐπέμβασις, μετ' ἀποτέλεσμα τὴν συνέχισιν καὶ ἐπιδείνωσιν τῶν προεγχειρητικῶν ἐνοχλημάτων τοῦ ἀρρώστου.

Εἰς τὴν Κλινικὴν ὄχι μόνον δὲν ἀποφεύγομεν τὰς ἐργαστηριακάς ἐξετάσεις, τοῦναντίον μάλιστα χρησιμοποιοῦμεν εἰς εὐρυτάτην κλίμακα καὶ ὅλα τὰ εἰς χεῖρας μας νεώτατα τεχνικὰ μέσα. Ὁ συνδυασμὸς ὅμως καὶ ἡ ἀρμονικὴ συνεργασία ἐργαστηρίου καὶ κλινικῆς, μετὰ βᾶσιν

πάντοτε τὴν τελευταίαν, θὰ μᾶς ὀδηγήσῃ πρὸς τὴν ἀσφαλῆ διάγνωσιν. "Ἐτι περισσότερον: μία προσεκτικὴ κλινικὴ ἔρευνα θὰ ἀπαιτήσῃ συνήθως καὶ ὀλιγώτερα ἐργαστηριακὰ μέσα.

Ἐκ τῆς κλινικῆς ἀπόψεως τὰ νοσήματα τοῦ πεπτικοῦ σωληνος διακρίνονται τῶν νοσημάτων τῶν ἄλλων συστημάτων κατὰ τοῦτο: ἐνῶ π.χ. οἱ νευρολόγοι, καρδιολόγοι κ.λ.π., ἔχουν εἰς τὴν διάθεσίν των σαφῆ καὶ μᾶλλον ἀπλᾶ κλινικὰ σημεῖα διὰ τὴν διάγνωσιν, οἱ μὲ τὸ πεπτικὸν σύστημα ἀσχολούμενοι ἐλάχιστα τοιαῦτα διαθέτουν.

Ἡ ἐπίκρουσις, ἡ ἀκρόασις, ἡ ἀναζήτησις ἀντανακλαστικῶν, ἐνῶ παρέχουν πολυτίμους πληροφορίας διὰ τὰς παθήσεις τῶν ἄλλων ὀργάνων, διὰ τὸ πεπτικὸν —ἐξαιρέσει ἐλαχίστων περιπτώσεων— ἐλάχιστα ἢ οὐδόπως συμβάλλουν εἰς τὴν διάγνωσιν. Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις; Αὕτη θὰ γίνῃ ἀργότερον, ἀλλ' ἵνα ἀποβῇ πολύτιμος συνεργάτις θὰ πρέπει κλινικῶς νὰ ἔχη ἤδη προσδιορισθῆ ἡ διάγνωσις. Ἡ γαστροσκόπησις, ἣτις τόσον διαφημίζεται καὶ ἐφαρμόζεται, ἰδίως ἐκεῖθεν τοῦ Ἀτλαντικοῦ, μέχρι σήμερον τούλάχιστον δὲν κατώρθωσεν οὔτε κατ' ἐλάχιστον ν' ἀντικαταστήσῃ τὴν ἀκτινολογίαν, χρησιμεύει δὲ μόνον διὰ τὴν διάγνωσιν ὠρισμένων γαστριτίδων.

Πῶς ἐπομένως θὰ μορφώσωμεν γνώμην περὶ τῆς καταστάσεως τοῦ ἀρρώστου μας; Μὲ τὴν λήψιν ἐνός καλοῦ ἱστορικοῦ. Ἡ συγκέντρωσις καὶ ἐν συνεχείᾳ ἡ διαλογὴ καὶ ταξινομήσις τῶν διαφόρων κλινικῶν συμπτωμάτων εἶναι ἐκεῖνη ἡ ὁποία θὰ μᾶς ἐπιτρέψῃ τὴν ἀνέγερσιν τοῦ οἰκοδομήματος. Κάθε ὅμως οἰκοδόμημα χρῆζει σταθερῶν θεμελίων. Τὰ δὲ θεμέλια τῆς σημειολογίας καὶ τῆς κλινικῆς παθολογίας εἶναι ἡ Ἀνατομικὴ καὶ ἡ Φυσιολογία.

Ἐπομένως πρὶν ἢ ἀναπτύξωμεν τὸ κλινικὸν μέρος τοῦ θέματός μας, θὰ προβῶμεν εἰς μίαν ἀνασκόπησιν τῆς ἀνατομικῆς καὶ τῶν νεωτέρων δεδομένων τῆς φυσιολογίας τοῦ ὀργάνου ἐκείνου, ὅπερ θέλει μᾶς ἀπασχολῆσει εἰς τὰ παρόντα μαθήματα περὶ τοῦ Στομάχου.

"Ὅπως γνωρίζομεν, ὁ στόμαχος εἶναι τὸ τμήμα ἐκεῖνο τοῦ πεπτικοῦ σωληνος, τὸ ὁποῖον συνεχίζει τὸν οἰσοφάγον καὶ συνεχίζεται ἀπὸ τὸ δωδεκαδάκτυλον. Ὁ οἰσοφάγος, ἐπιμήκης σωλὴν διαμέτρου 2 περίπου ἑκατοστομέτρων, ἐνώνει τὸν φάρυγγα εἰς τὸ ὕψος τοῦ ἄνω χείλους τοῦ κρικοειδοῦς χόνδρου μὲ τὸν στόμαχον εἰς ἓν σημεῖον κείμενον 1—4 ἐκ. ὑπὸ τὸ διάφραγμα. Ἀπὸ τῶν ὀδόντων μέχρι τοῦ καρδιακοῦ στομίου ἡ ἀπόστασις εἶναι περίπου 40 ἐκ., τὴν ἀπόστασιν δὲ ταύτην πρέπει νὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν ὡς ἰσχυρὰ προβαίνομεν εἰς καθητηριασμὸν τοῦ στομάχου.

Ὁ στόμαχος κεῖται ἐπὶ τῆς ἄνω ἀριστερᾶς κοιλίας καταλαμβάνων τὸ ἀριστερὸν ὑποχόνδριον καὶ τὴν λεγομένην ἐπιγαστρικὴν χώραν. Τὸ μέγεθός του ποικίλλει ἀπὸ ἀτόμου εἰς ἄτομον. Ὅταν εἶναι πλήρης, ἔχει μήκος 25—30 ἐκ., ἡ δὲ μεγαλύτερα ἐγκαρσία διάμετρος του μεταξὺ τῶν δύο τόξων εἶναι 12 ἐκ. περίπου. Ἡ χωρητικότης του κυμαίνεται ἀπὸ 1000—1500 κ. ἐκ. Τὸ σχῆμα ποικίλλει ὄχι μόνον ἀπὸ ἀτόμου εἰς ἄτομον, ἀλλὰ καὶ ἀπὸ τὴν κατάστασιν εἰς ἣν εὐρίσκεται, ἤτοι ἀπὸ τὸν βαθμὸν πληρότητος, ἀπὸ τὴν πῆσιν τῶν περιβαλλόντων αὐτὸν ἄλλων ὀργάνων, ἀπὸ τὴν στάσιν τοῦ ἀτόμου, ἀπὸ τὴν σωματικὴν του διάπλασιν κ.ο.κ.

Γενικῶς τὸ μεγαλύτερον τμῆμα τοῦ στομάχου ἔχει κάθετον φοράν, λαμβάνον τὸ σχῆμα τοῦ γράμματος J, ἄλλοτε ἐν εἶδει κέρατος βοός, ἄλλοτε ὡς ἀγκιστροειδῆς ἢ ὡς ἀνεστραμμένον L.

Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις μᾶς ἀποκαλύπτει, ὅτι ἕνα σημαντικὸν ποσοστὸν στομάχων, ἀντὶ νὰ κατέχη τὸν ἐπιγαστρικὸν χῶρον, κατέρχεται λίαν χαμηλά, ἐντὸς τῆς μικρᾶς πυέλου, ἐν εἶδει αἰωρουμένης περικνημίδος. Ἡ κατάστασις αὕτη ἐθεωρεῖτο ἄλλοτε ὡς παθολογικὴ, ἀλλὰ καὶ σήμερον ἀκόμη πλεῖστοι ὅσοι ἰατροί, καὶ ἰδίως ἀκτινολόγοι, τὴν ὀνομάζουν «πτῶσιν τοῦ στομάχου», διάφορα δὲ ἐνοχλήματα, διὰ τὰ ὅποια παραπονεῖται ὁ ἄρρωστος, ἀποδίδονται εἰς αὐτήν, αὐτομάτως δὲ συνιστᾶται ἡ ἀντιπτῶσικὴ ζώνη.

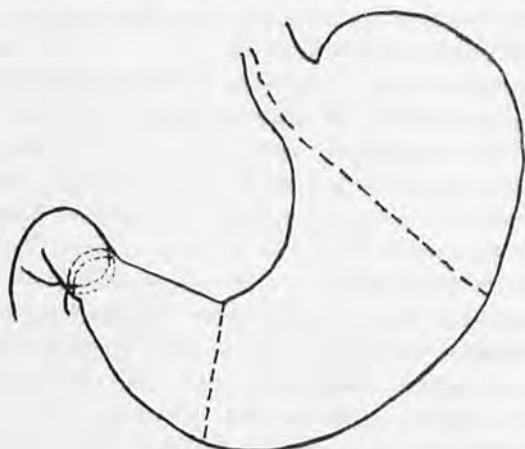
Προσεκτικώτεροι ὅμως παρατηρήσεις ἀπέδειξαν, ὅτι τὸ τοιοῦτον σχῆμα τοῦ στομάχου εἶναι ἀπολύτως φυσιολογικόν, ἰδίως εἰς τὰ κᾶπως ἰσχνὰ καὶ ὑψηλοῦ ἀναστήματος ἄτομα. Ὁ Moody ἐξέλεξεν ἐκ τοῦ Παν/μίου τῆς Καλιφορνίας 600 φοιτητὰς καὶ φοιτητρίδας, ἀπὸ τοὺς πλέον ὑγιεῖς, μὴ παραπονουμένους δι' οὐδὲν γαστρικὸν ἐνόχλημα καὶ ἐκ τῶν ὁποίων οἱ 200 ἦσαν ἄριστοι ἀθληταί. Ἡ εἰς ὀρθίαν θέσιν ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις τῶν φοιτητῶν αὐτῶν ἀπεκάλυψεν, ὅτι τὸ κατώτερον σημεῖον τοῦ μείζονος τόξου τοῦ στομάχου εὐρίσκετο ὑπὸ τὴν ἀμφιλαγόνιον γραμμὴν εἰς ποσοστὸν 74% τῶν ἀνδρῶν καὶ 87% τῶν γυναικῶν. Εἰς ποσοστὸν 25% εἰς τοὺς ἄνδρας καὶ 46% τῶν γυναικῶν τὸ σημεῖον αὐτὸ εὐρίσκετο πλέον τῶν 5 ἐκ. ὑπὸ τὴν γραμμὴν ταύτην, πλέον δὲ τῶν 10 ἐκ. εἰς 7,6% τῶν γυναικῶν. Ἀκόμη καὶ τὸ ἔλασσον τόξον παρὰ τὴν γωνίαν τοῦ στομάχου εὐρίσκετο ὑπὸ τὴν ἀμφιλαγόνιον γραμμὴν εἰς 13,1% ἐκ τῶν ἀνδρῶν καὶ 28,8% τῶν γυναικῶν. Οὐδεμίαν σχέσιν ἀπεκαλύφθη μεταξὺ τῆς σωματικῆς διαπλάσεως καὶ τῆς θέσεως τοῦ στομάχου. Τούναντίον διεπιστώθη ὅτι οἱ πλέον ἀθλητικοὶ ἄνδρες καὶ γυναῖκες εἶχον τὴν λεγομένην «γαστροπτώσιν». Δέον νὰ τονισθῇ, ὅτι εἰς ὅλας τὰς περιπτώσεις δὲν πρόκειται περὶ «πτώσεως» τοῦ στομάχου, ἐφ' ὅσον ὁ πυθμὴν του δὲν

ἀπομακρύνεται τοῦ διαφράγματος. Πρόκειται ἀπλούστατα περί ἐπιμήκους στομάχου ἄνευ οὔδεμιᾶς παθολογικῆς σημασίας, κάθε δὲ ἐπέμβασις ἀνατάξεως ὡς καὶ ἡ χρῆσις εἰδικῆς ζώνης οὔδεμιαν ἔνδειξιν ἔχουν.

Διὰ λόγους διδακτικῶς καὶ καλύτερον ἀκτινολογικῶν προσανατολισμῶν θὰ διαιρέσωμεν τὸν στομάχον εἰς τρία κύρια τμήματα: Τὸν πυθμῆνα, τὸ σῶμα, τὸ πυλωρικὸν ἄντρον. (Σχῆμα 1).

Ἐάν σύρωμεν μίαν γραμμὴν παράλληλον πρὸς τὸν οἰσοφάγον κατευθυνομένην πρὸς τὸ μείζον τόξον τοῦ στομάχου τὸ ἀριστερὰ ταύτης εὑρισκόμενον τμήμα τοῦ στομάχου εἶναι ὁ πυθμῆν.

Ἐπὶ τοῦ ἐλάσσονος τόξου τοῦ στομάχου καὶ εἰς ἀπόστασιν 3—5



Σχῆμα 1.

ἐκ. ἀπὸ τοῦ πυλωροῦ σχηματίζεται μία γωνία (sulcus). Ἐάν ἐκ ταύτης σύρωμεν μίαν κάθετον πρὸς τὸ μείζον τόξον, τὸ τμήμα τοῦ στομάχου τὸ εὑρισκόμενον μεταξύ τῶν δύο τούτων ὑποθετικῶν γραμμῶν εἶναι τὸ σῶμα. Δεξιὰ ταύτης εὑρίσκεται τὸ πυλωρικὸν ἄντρον. Πυλωρικὸν ἰσθμὸν (canal pylorique) καλοῦμεν τὴν ἐστενωμένην μοῖραν τὴν ἐπεκτεινομένην περὶ τὰ 2 ἐκ. ἀριστερὰ τοῦ πυλωρικοῦ σφιγκτήρος. Τὸ σημεῖον ἐνώσεως οἰσοφάγου καὶ στομάχου καλεῖται καρδιακὸν στόμιον. Ὁ οἰσοφάγος, ὡς γνωστόν, καταλήγει ἐπὶ τῆς προσθίας ἐπιφανείας τοῦ στομάχου πρὸς τὸ ἔλασσον τόξον. Τὸ καρδιακὸν στόμιον κεῖται περὶ τὰ 2 ἐκ. κάτωθεν τοῦ οἰσοφαγικοῦ τμήματος τοῦ διαφράγματος, ἀριστερὰ τῆς μέσης γραμμῆς πρὸς τὴν σπονδυλικὴν στήλην καὶ εἰς τὸ ὕψος τοῦ

10ου ή 11ου θωρακικοῦ σπονδύλου, καλυπτόμενον ὑπὸ τοῦ ἀριστεροῦ λοβοῦ τοῦ ἥπατος. Ὁ πυθμὴν τοῦ στομάχου εὐρίσκεται ἀρκετὰ ἑκατοστὰ ὑπερθεν τοῦ καρδιακοῦ στομίου.

Ἐπιφάνειαι: α'. Ἡ ἄνω προσθία ἔρχεται εἰς ἐπαφὴν μὲ τὸ ἐγκάρσιον κόλον, τὸν ἀριστερὸν λοβὸν τοῦ ἥπατος καὶ ἐνίοτε τὸ πρόσθιον κοιλιακὸν τοίχωμα. Τὸ ἄνω ἥμισυ καλύπτεται σχεδὸν ὑπὸ τοῦ ἀριστεροῦ ἡμιθωρακίου ὑπὸ τὸ διάφραγμα. Μία διάτρησις κατὰ τὴν ἐπιφάνειαν ταύτην θὰ προκαλέσῃ σχεδὸν πάντοτε μίαν διάχυτον περιτονίτιδα.

β'. Ἡ κάτω ὀπισθία ἔχει σχέσεις μὲ τὸν σπλῆνα, τὴν ἀριστερὰν κοιλικὴν καμπήν, ἀριστερὸν νεφρὸν καὶ ἐπινεφρίδιον, τὸ πάγκρεας, τὴν πυλαίαν φλέβα, τὴν ἥπατικὴν ἀρτηρίαν καὶ τὸν χοληδόχον πόρον. Μία διάτρησις κατὰ τὴν ἐπιφάνειαν ταύτην λόγῳ τῶν δημιουργουμένων συμφύσεων μὲ τὰ παρακείμενα ὄργανα συνήθως ἐντοπίζεται ἢ περιορίζεται εἰς τὸν ἐπιπλοϊκὸν θύλακον.

Τόξον: α'. Τὸ ἔλασσον, μήκους 12 περίπου ἐκ., ἐκτείνεται ἐν εἴδει καμπύλης καὶ ἀριστερὰ τῶν σπονδύλων ἀπὸ τοῦ καρδιακοῦ στομίου πρὸς τὸν πυλωρὸν. Παρὰ τὸν 1ον ὀσφυϊκὸν σπόνδυλον στρέφεται πρὸς τὰ δεξιὰ, συνεχιζόμενον δὲ παραλλήλως πρὸς τὸ μείζον τόξον σχηματίζει τὸ ἄνω τμήμα τοῦ πυλωροῦ. Ἐκ τῆς τοῦ ἐλάσσονος τόξου διατιτραίνόμενα δυνατὸν ν' ἀποφραχθοῦν, νὰ ἐγκυστωθοῦν μεταξὺ τῶν δύο πετάλων τοῦ ἐλάσσονος ἐπιπλόου. Τὸ πρόσθιον τμήμα τοῦ ἀριστεροῦ λοβοῦ τοῦ ἥπατος καλύπτει τὸ ἔλασσον τόξον. Δεδομένου ἐξ ἄλλου, ὅτι τὸ τόξον αὐτὸ καλύπτεται ἀπὸ τὸ ἡμιθωράκιον, οἱ ἐκεῖ ὄγκοι εἶναι εὐνόητον ὅτι δὲν ψηλαφῶνται.

β'. Τὸ μείζον τόξον ἐκ τοῦ πυθμένος τοῦ στομάχου ἐκτείνεται πρὸς τὰ κάτω, ἐντὸς τοῦ ἀριστεροῦ ὑποχονδρίου. Κατὰ τὴν πρηνὴ θέσιν κατέρχεται μέχρις ἐνὸς σημείου κειμένου περὶ τὰ 3-5 ἐκ. ὑπερθεν τοῦ ὀμφαλοῦ. Ὅγκοι τοῦ τμήματος αὐτοῦ εἶναι ψηλαφητοί. Τὸ μήκος του εἶναι τριπλάσιον ἀπὸ τὸ τοῦ ἐλάσσονος τόξου (35-45 ἐκ.).

Ὁ στόμαχος ἔχει δύο μόνιμα στηρίγματα. Τὸ καρδιακὸν στόμιον συνδέεται μὲ τὸ διάφραγμα διὰ τοῦ γαστροδιαφραγματικοῦ συνδέσμου. Ὁ ἥπατο-δωδεκαδακτυλικὸς ἐξ ἄλλου σύνδεσμος προσφύεται ἐπὶ τοῦ δωδεκαδακτύλου εἰς ἀπόστασιν 7-8 περίπου ἐκ. ἀπὸ τοῦ πυλωροῦ. Τοιοῦτοτρόπως τὸ δωδεκαδάκτυλον, ἠνωμένον μὲ τὸ ἥπαρ, ἀκίνηται ἐν μέρει τὴν κάτω μοῖραν τοῦ στομάχου.

Εἶδομεν ὅτι ὁ στόμαχος εὐρίσκεται ἀριστερὰ τῆς σπονδυλικῆς στήλης, τὸ δὲ καρδιακὸν στόμιον προβάλλει περίπου εἰς τὸ ὕψος τοῦ

11ου θώρακικοῦ σπονδύλου. Ἐμπροσθεν προβάλλει εἰς τὸ ὕψος τοῦ 7ου ἀριστεροῦ πλευρικοῦ χόνδρου. Ὅσον ἀφορᾷ τὸν πυλωρὸν, οὗτος δὲν ἔχει σταθερὸν σημεῖον προβολῆς—συνήθως παρά τὸν 1ον ὀσφυϊκὸν σπόνδυλον, ἰδίως ὅταν εἶναι κενός. Γενικῶς ὅμως ἡ θέσις τοῦ στομάχου ἐξαρτᾶται ἐκ πολλῶν παραγόντων. Ὅταν οὗτος εἶναι διατεταμένος, τὸ μείζον τόξον κατέρχεται πρὸς τὸ ὑπογάστριον φερόμενον πρὸς τὸ πρόσθιον κοιλιακὸν τοίχωμα. Ὁ πυθμὴν τοῦ στομάχου, ἀντιθέτως, ἀνέρχεται εἰς σημεῖον τι ὑψηλότερον τοῦ καρδιακοῦ στομίου παρά τὸν 5ον ἀριστερὸν πλευρικὸν χόνδρον.

Μία παθολογικὴ συλλογὴ ἀερίων μετὰ τῆς φυσιολογικῆς διατάσεως τοῦ στομάχου προκαλοῦν πίεσιν πρὸς τὰ ἄνω ἐπὶ τοῦ διαφράγματος καὶ τῆς καρδίας, ὁπότε θὰ ἔχωμεν καρδιακὰς ἢ ἀναπνευστικὰς διαταραχὰς, ἢτοι αἰσθημα πληρότητος, ταχυκαρδίαν, ἐνίοτε δὲ καὶ δύσπνοιαν. Ὅταν ἐξ ἄλλου ὁ στόμαχος διατείνεται ἀπὸ τροφάς, ὁ πυλωρὸς μετακινεῖται περὶ τὰ 5 ἐκ. πρὸς τὰ δεξιὰ, καταλαμβάνων θέσιν ὑπὸ τὸ ἥπαρ καὶ παρά τὸν κυστικὸν πόρον.

Κατὰ τὴν βαθεῖαν εἰσπνοὴν ὁ στόμαχος, λόγῳ τῶν σχέσεών του μὲ τὸ διάφραγμα καὶ λόγῳ μεταβολῶν τῆς ἐνδοθωρακικῆς καὶ ἐνδοκοιλιακῆς πιέσεως, κατέρχεται ἄρκετὰ ἑκατοστὰ. Ὅταν ὄγκος τις καταλαμβάνῃ τὸ ἔλασσον τόξον ἢ τὸ ἄνω ἥμισυ τοῦ στομάχου, ὁπότε καὶ δυσκόλως ψηλαφᾶται, εἶναι δυνατὸν νὰ ψηλαφηθῇ εἰς δεξιὰν πλαγίαν θέσιν καὶ κατὰ τὴν βαθεῖαν εἰσπνοὴν.

ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ὁ στόμαχος ἀποτελεῖται ἀπὸ 4 στρώματα : α) τὸν βλεννογόνον, β) τὸν ὑποβλεννογόνιον, γ) τὸν μυϊκὸν χιτῶνα καὶ δ) τὸν ὄρογόνον.

α) Ὁ βλεννογόνος, γαστροσκοπικῶς ἐξεταζόμενος, ἐμφανίζεται πρὸς μὲν τὸν πυλωρὸν πεπαχυσμένος, λεπτότερος δὲ πρὸς τὸν πυθμένα. Ὅταν ὁ στόμαχος εἶναι κενός, αἱ πτυχαὶ τοῦ βλεννογόνου διακρίνονται καλῶς· μόλις ὅμως οὗτος διαταθῇ, λ. χ. μὲ τὴν ἐμφύσησιν ἀέρος κατὰ τὴν γαστροσκοπικὴν ἐξέτασιν, αὗται ἐξαφανίζονται. Ἡ πτύχωσις τοῦ στομάχου ἔχει γίνῃ ἀντικείμενον πολλῶν μελετῶν, ἰδίως ἀκτινολογικῶν. Ἡ διάταξις τῶν πτυχῶν ἐξαρτᾶται ἄρκετὰ ἀπὸ τὴν κατάστασιν τοῦ στομάχου, δηλαδὴ ἔαν οὗτος εἶναι συσπασμένος ἢ τούναντίον διατεταμένος. Ὁ Forsell ἐμελέτησεν ἀκτινολογικῶς τὴν φυσιολογικὴν διάταξιν τῶν πτυχῶν, οὕτως ὥστε μεταβολαὶ ἢ ἀλλοιώσεις αὐτῶν νὰ δύνανται ν' ἀποδοθοῦν εἰς μίαν εἰδικὴν φλεγμονὴν ἢ νὰ ἐρμηνεύσουσιν μίαν ὀργανικὴν βλάβην, ἓνα καρκίνον.

Διὰ τῶν γαστροσκοπικῶν παρατηρήσεών του ὁ Schindler συνέβαλε σημαντικῶς εἰς τὴν μελέτην τῆς πτυχώσεως τοῦ στομάχου. Τοιουτοτρόπως, ἀναλόγως τῆς διατάξεως τῶν πτυχῶν, ἀναλόγως τῆς ὑπερτροφίας ἢ ἀτροφίας αὐτῶν, περιεγράφησαν καὶ διάφοροι μορφαὶ γαστριτίδων.

Κατὰ μῆκος τοῦ ἐλάσσονος τόξου περιγράφονται δύο ἢ τρεῖς παράλληλοι πτυχαί, αἵτινες ἀποτελοῦν τὴν λεγομένην «γαστρικὴν ὁδόν» (Magenstrasse), εἰς τὴν ὁποίαν ἀποδίδεται ἰδιάζουσα σημασία, ὡς θὰ ἴδωμεν κατωτέρω. Ἀκτινολογικῶς ἐπίσης διακρίνονται ἐπὶ τῆς ὀπισθίας ἐπιφανείας τοῦ στομάχου κάθετοι, παράλληλοι, ὡς καὶ ἐγκάρσιοι πτυχαί. Γαστροσκοπικῶς δὲ παρὰ τὸ μείζον τόξον διακρίνονται παράλληλοι πτυχαί καὶ αὐλακες ποικίλλουσαι εἰς ἀριθμόν, σχῆμα καὶ μέγεθος.

β) Ὁ ὑποβλεννογόσιος χιτῶν ἀποτελεῖται ἀπὸ χαλαρὸν συνδετικὸν καὶ ἐλαστικὸν ἰστόν, ἐπιτρέποντα εἰς τὸν βλεννογόνον νὰ διολισθαίη ἐλευθέρως ἐπ' αὐτοῦ, ὅταν συσπᾶται ὁ μυϊκὸς ἰστός τοῦ στομάχου. Ὁ ὑποβλεννογόσιος χιτῶν περιλαμβάνει ἐπίσης τὸ νευρικὸν πλέγμα τοῦ Meissner. Λόγῳ τῶν πολλαπλῶν ἀγγείων, ὁ χιτῶν οὗτος ἀποτελεῖ ἐξαιρετικὴν ὁδὸν διασπορᾶς ὠρισμένων νεοπλασματικῶν κυττάρων ὡς καὶ χρονίων φλεγμονῶν τοῦ στομάχου.

γ) Ὁ μυϊκὸς χιτῶν περιλαμβάνει τρία στρώματα: Τὸ ἔσω πλάγιον, τὸ μέσον κυκλοτερές καὶ τὸ ἔξω ἐπίμηκες. Αἱ πλάγια ἴνες συνεχίζονται πρὸς τὰ ἄνω μὲ τὰς κυκλοτερεῖς τοῦ οἰσοφάγου. Ἡ γαστρικὴ ὁδὸς σχηματίζεται ἀπὸ τὴν σύσπασιν τῶν ἰνῶν τούτων. Κατὰ τὸν Barclay, αἱ πλάγια αὐταὶ ἴνες εἶναι ἀνεξάρτητοι τῶν ἄλλων μυϊκῶν στρωμάτων, φέρουν δὲ τὸ βᾶρος ὀλοκλήρου τοῦ στομάχου. Τυχὸν χάλασις των προκαλεῖ ἐπιμήκυνσιν τοῦ ἐλάσσονος τόξου, μὲ ἀποτέλεσμα τὴν λεγομένην γαστροπτιωσιν. Τούναντίον, ὅταν αἱ ἴνες αὐταὶ διατηροῦν τὸν τόνον των ἐνῶ χαλαροῦνται αἱ κυκλοτερεῖς καὶ ἐπιμήκεις, τότε θὰ ἔχωμεν ἀτονίαν τοῦ στομάχου.

δ) Ὁ ὀρογόσιος: Ὁ στόμαχος καλύπτεται ἐξ ὀλοκλήρου ὑπὸ τοῦ περιτοναίου, τὸ ὅποιον σχηματίζει τὸν ὀρογόσιον. Οὗτος ἐφάπτεται ἀπολύτως τοῦ στομάχου, ἐξαιρέσει τῶν δύο τόξων, ὅπου ἀναδιπλοῦται σχηματίζων τὸ ἐπίπλουν.

ΑΓΓΕΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ἐκ τοῦ Ἀλλιρείου τρίποδος — κλάδου τῆς κοιλιακῆς ἀορτῆς — ὁ στόμαχος δέχεται ἄφθονον ποσότητα αἵματος. Οἱ κύριοι κλάδοι

διευθύνονται κατά μήκος τῶν τόξων (ἀριστερά γαστρική, σπληνική, ἥπατική).

Κατὰ μήκος τοῦ ἐλάσσονος τόξου ἢ ἀρ. γαστρική ἀναστομοῦται μετὰ τῆς πυλωρικής — κλάδου τῆς γαστροδωδεκαδακτυλικῆς, κλάδου τῆς ἥπατικῆς. Αἱ δύο οὕτω ἀναστομούμεναι ἀρτηρίαί διδουν μικροτέρους κλάδους εἰς τὸ πρόσθιον καὶ ὀπίσθιον τοίχωμα τοῦ στομάχου.

Κατὰ μήκος τοῦ μείζονος τόξου ἢ δεξιὰ γαστροεπιπλοϊκὴ ἀρτηρία — κλάδος τῆς γαστροδωδεκαδακτυλικῆς — ἀναστομοῦται μετὰ τῆς ἀριστερᾶς γαστροεπιπλοϊκῆς — κλάδου τῆς σπληνικῆς. Διάφοροι κλάδοι τῶν ἀρτηριῶν αὐτῶν ἀναστομοῦνται μὲ ἄλλους μικροτέρους προερχομένους ἐκ τῆς γαστρικῆς καὶ τῆς πυλωρικής. Μικροὶ κλάδοι ἐκ τῆς σπληνικῆς ἐξασφαλίζουν ἐξ ἄλλου τὴν ἄρδουσιν τοῦ πυθμένος τοῦ στομάχου.

Διαπραγματευόμενοι τὴν φυσιολογίαν τοῦ στομάχου καὶ ἀργότερον τὴν παθογένειαν τῶν ἐλκῶν, θὰ ἴδωμεν ὅτι ὑπὸ τινῶν ἀποδίδεται μεγίστη σημασία εἰς τὴν ὑπεροξύτητα τοῦ γαστρικοῦ ὑγροῦ. Εἶναι γνωστόν, ὅτι τὸ ὕδροχλωρικόν ὄξύ ἔχει ὡς πηγὴν τὰ χλωριόθια τοῦ αἵματος. Διὰ τὴν ἐλάττωσιν τοῦ ὀξέος αὐτοῦ ἐγένετο καὶ σκέψις νὰ ἐλαττωθῇ ἢ εἰς αἷμα ἄρδουσις τοῦ στομάχου. Τὴν ἰδέαν ταύτην τοῦ Hey ἐφήρμοσε πρακτικῶς καὶ εἰς μεγάλην κλίμακα, ἰδίως εἰς περιπτώσεις δωδεκαδακτυλικῶν ἐλκῶν, ὁ Ἄγγλος χειρουργὸς Somervell. Οὗτος, διὰ τὴν θεραπείαν τῶν ὡς ἄνω ἐλκῶν, ἀντικατέστησε τὴν ὑφολικὴν γαστρεκτομὴν διὰ τῆς λεγομένης «φυσιολογικῆς γαστρεκτομῆς», συνισταμένης εἰς τὴν ἀπολινῶσιν τοῦ ἀρτηριακοῦ συστήματος τοῦ στομάχου. Ἐπὶ κάθε ἕξ μικρῶν κλάδων τῆς γαστροεπιπλοϊκῆς ἀρτηρίας ἀπολινῶνει τοὺς πέντε. Κατὰ μήκος τοῦ ἐλάσσονος τόξου ἀπολινῶνει ὅλας τὰς ἀρτηρίας, ἐκτὸς ἐκείνων αἱ ὁποῖαι κατευθύνονται πρὸς τὸν πυλωρὸν καὶ τὸ πυλωρικόν ἄντρον, 2—3 ἐκ. ἐντεῦθεν τοῦ πυλωροῦ. Πολλάκις συμπληρῶνει μὲ μίαν γαστροεντεροαναστόμωσιν. Ὁ κίνδυνος πεπτικοῦ ἔλκουσ εἶναι μηδαμινός, τὰ δὲ ἀποτελέσματα, ὡς ἀναφέρει οὗτος προσφάτως ὡς καὶ ἄλλοι συγγραφεῖς, ἐξαιρετικῶς ἐνθαρρυντικά. Μετὰ τὴν ἐπέμβασιν παρατηρεῖται μεγάλη καὶ σταθερὰ ἐλάττωσις τῆς γαστρικῆς ὀξύτητος.

Ἐπάρχουν ἀναστομώσεις μετὰ τῶν γαστρικῶν ἀρτηριῶν, αἱ ὁποῖαι νὰ ἐξασφαλίζουν τὴν εἰς αἷμα ἄρδουσιν τοῦ στομάχου κατὰ τὰς ἀπολινώσεις; Μετὰ τῆς ἀριστερᾶς γαστροεπιπλοϊκῆς καὶ ἀριστερᾶς γαστρικῆς ὑπάρχουν ἄφθονοὶ ἀναστομώσεις. Ἡ ἀριστερὰ γαστρικὴ ἀρτηρία διαιρεῖται συνήθως εἰς δύο κυρίους κλάδους, ἐκ

των όποιων ό εις κατά μήκος τής προσθίας έπιφανείας του έλάσσονος τόξου και ό έτερος τής όπισθίας, ένφ άμφότεροι εύρίσκονται έντός του έλάσσονος έπιπλόου. Κατά κανόνα ό πρόσθιος κλάδος—ένιοτε άμφότεροι— άναστομοούνται άπ' εύθείας μετά τής δεξιιάς γαστρικής άρτηρίας (=πυλωρική άρτ.). Κατά μήκος του μειζονος τόξου έλάχισται άναστομώσεις ύπάρχουν μεταξύ δεξιιάς γαστροεπιπλοϊκής και δεξιιάς γαστρικής. Τό έλασσον τόξον λαμβάνει αίμα έκ τής άριστεράς και δεξιιάς γαστρικής άρτηρίας. Είς τήν χώραν ταύτην ή αίμάτωσις είναι πολυ πλέον πτωχή άπό τήν του πυθμένος, του σώματος και του μειζονος τόξου. Είς ποσοστόν 10% δέν ύπάρχουν άναστομώσεις μεταξύ των άρτηριών αυτών. Η άρδευσις έξ άλλου του στομάχου βαινει έλαττουμένη έφ' όσον προσεγγίζομεν τό δωδεκαδάκτυλον, τό όποϊον έχει έλάχιστα άγγεία, ένφ αύτη βελτιούται προς τήν κατιούσαν μοίραν. Τοιουτοτρόπως τό έλασσον τόξον, τό πυλωρικόν άντρον του στομάχου, ως και ή πρώτη μοίρα του δωδεκαδακτύλου δέν άρδευονται έπαρκώς, όπως ό πυθμήν και τό σώμα του στομάχου.

Όλαι αύται αί άρτηριαί, άφοϋ διέλθουν δια του μυϊκού χιτώνος, σχηματίζουν έν αρκετά πλούσιον πλέγμα υπό τον βλεννογόνον. Τό πλέγμα τουτο διδει κλάδους προς τά έξω μόν ίνα έφοδιάση τον μυϊκόν χιτώνα και πολλούς κλάδους προς τά έξω, προς τον βλεννογόνον. Οι τελευταίοι ουτοι μικροί κλάδοι σπανίως άναστομοούνται μεταξύ των, θεωροϋνται δέ ως τ ε λ ι κ α ι άρτηριαί, άν και ό Djorgup άνευρε μικρόν άριθμόν άναστομώσεων. Αί τελικαί αύται άρτηριαί, διαμέτρου 70μ έως 50μ, διδουν κλάδους διαμέτρου 45μ έως 7μ. Οϋτω έν τετραγωνικόν έκατοστόν βλεννογόνου περιέχει 25 περιπου άρτηρίας. Αϋται έχουν ιδιάζουσαν κατασκευήν και σχήμα σπειροειδές, όμοιάζουσαι προς τον άριθμόν 8. Όταν ό στόμαχος συσπάζεται, αυξάνουν τήν αντίστασιν έμποδιζουσαι τήν κυκλοφορίαν του αίματος. Είς διατεταμένον στόμαχον αί διάφοροι αύται καμπυλοειδεις και σπειροειδεις άρτηριαί διαστέλλονται, έπιτρέπουσαι τήν μεταφοράν περισσοτέρου άρτηριακού αίματος προς τον βλεννογόνον. Είς τό τέλος τής πέψεως, όταν ό στόμαχος συσπάζεται έκ νέου, αί άρτηριαί συστέλλονται και αύται, έμποδιζουσαι τοιουτοτρόπως τήν άρδευσιν του βλεννογόνου.

Εϊδομεν ότι τό έλασσον τόξον του στομάχου, ή πυλωρική μοίρα, ως και ό βολβός του δωδεκαδακτύλου άφ' ένός μόν δέν άρδευονται έπαρκώς, άφ' έτέρου δέ αί μεταξύ των άρτηριών άναστομώσεις είναι όλιγώτεροι ή εις τά άλλα τμήματα του στομάχου. Έκ τής μακροσκοπικής και μικροσκοπικής κατασκευής του γαστρικού βλεννογόνου και τής αίματώσεώς του δυνάμεθα νά συμπεράνωμεν, ότι ό στόμα-

χος δὲν εἶναι ὄργανον ὁμοιομόρφου κατασκευῆς. Αἱ μεγαλύτεραι διαφοραὶ παρατηροῦνται εἰς τὸν βλεννογόνον τοῦ ἐλάσσονος τόξου, τὴν γαστρικὴν ὁδὸν (Magenstrasse) καὶ τὸν τοῦ πυλωροῦ. Καὶ ἐφ' ὅσον εἰς τὴν μοῖραν αὐτὴν τοῦ βλεννογόνου παρατηροῦνται συνηθέστερον τὰ ἔλκη, ἢ ἰδιάζουσα αὐτὴ κατασκευὴ δέον νὰ ληφθῇ ὑπ' ὄψιν διὰ τὴν παθογένειάν των.

Πειραματικαὶ ἔρευναι ἀπεκάλυψαν, ὅτι, καὶ ἐάν ἀπολινωθοῦν ὄλαι αἱ ἀρτηρίαι τοῦ στομάχου πλὴν τῶν τοῦ οἰσοφάγου, ἢ λειτουργικὴ ἱκανότης τοῦ στομάχου—ἐκκρισις καὶ κινητικότης—ἀποκαθίσταται. Εἰς τοὺς κύνας παρατηρεῖται παροδικὴ μόνον ἐλάττωσις τοῦ ὄγκου τῆς γαστρικῆς ἐκκρίσεως, εἰς ἄλλους οὐδόλως ἐπηρεάζεται ἡ γαστρικὴ ὀξύτης, ἐνῶ συγχρόνως δὲν παρετηρήθησαν ἔλκη, διαβρώσεις ἢ ἄλλαι ἀλλοιώσεις τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου. Ἐάν ὅμως ἀπολινώσωμεν ὄλας τὰς ἀρτηρίας ἢ συγχρόνως ἀρτηρίας καὶ φλέβας, θὰ προκαλέσωμεν γάγγραιναν τοῦ στομάχου καὶ θάνατον τοῦ ζώου.

Αἱ ἐλάχισται ἀλλοιώσεις, αἱ προκαλούμεναι κατόπιν ἀπολινώσεως τῶν πλείστων τῶν ἀρτηριῶν, ὅσον ἀφορᾷ τὴν λειτουργίαν τοῦ στομάχου, ὀφείλονται εἰς τὴν ταχεῖαν ἀποκατάστασιν τῆς κυκλοφορίας, ἥτις καθίσταται δυνατὴ χάρις εἰς τὴν ὑπαρξιν πολλῶν ἀναστομώσεων μεταξὺ τῶν οἰσοφαγικῶν, γαστρικῶν καὶ διαφραγματικῶν ἀρτηριῶν, ὡς ἐπίσης καὶ τὴν παρουσίαν ἐνός ἀρτηριακοῦ δικτύου τὸ ὁποῖον περιβάλλει τὸν στόμαχον.

Λόγῳ τῆς μεγάλης σημασίας, ἥτις ἀποδίδεται εἰς τὴν τελικὴν διανομὴν τῶν ἀρτηριῶν ἐντός τῶν γαστρικῶν τοιχωμάτων ὅσον ἀφορᾷ τὴν παθογένειαν τῶν ἐλκῶν, ἢ διανομὴ αὕτη ἔχει γίνει τελευταίως τὸ ἀντικείμενον ἐπισταμένων ἱστολογικῶν ἐρευνῶν ἐκ μέρους τῶν "Αγγλῶν ἰδίως συγγραφέων (Walder, Bentley καὶ Barlow). Αὕτη ποικίλλει εἰς τὰ διάφορα τμήματα τοῦ στομάχου, εἶναι ὅμως ὁμοιόμορφος ὅσον ἀφορᾷ τὴν προσθίαν καὶ ὀπισθίαν ἐπιφάνειαν. Κατωτέρω θὰ παραθέσωμεν περιληπτικῶς τὰ ἀποτελέσματα τῶν ἐρευνῶν τῶν συγγραφέων τούτων (1952).

ΠΡΟΣΘΙΟΝ ΚΑΙ ΟΠΙΣΘΙΟΝ ΤΟΙΧΩΜΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

α) Τὸ ὑποβλεννογόنيον πλέγμα: Αἱ χῶραι αὗται τοῦ στομάχου ἀρδεύονται ἐκ κλάδων τῶν ἀρτηριακῶν ἀλύσεων ἀμφοτέρων τῶν τόξων. Οἱ κλάδοι ἐκ τῆς ἀριστερᾶς γαστρικῆς ἀρτηρίας ἐκβάλλουν κατὰ μῆκος ταύτης κατ' ἀποστάσεις 1 ἐκ., διέρχονται πλαγίως καὶ ὑπερθεν τοῦ στομάχου, κατευθυνόμενοι πρὸς τὸν πυλωρόν, ἵνα διαπεράσουν τὸ μυϊκὸν τοίχωμα εἰς ἀπόστασιν 1-2 ἐκ. ἀπὸ τοῦ ἐλάσσονος τόξου καὶ φθάσουν τοιοῦτοτρόπως εἰς τὸν ὑποβλεννογόγιον

χιτώνα τοῦ γαστρικοῦ τοιχώματος. Τὰ ἀγγεῖα ταῦτα διερχόμενα διὰ τοῦ μυϊκοῦ τοιχώματος τοῦ στομάχου ἐγκαταλείπουν μικροὺς κλάδους. Ἐντὸς τοῦ ὑποβλεννογονίου ἀναστομοῦνται μὲ ἀναλόγους κλάδους ἐκ τῆς γαστροεπιπλοϊκῆς ἀλύσεως, ἵνα σχηματίσουν ἕν εὐρὺ πλέγμα.

Οἱ κύριοι κλάδοι τοῦ ὑποβλεννογονίου τούτου πλέγματος ἀποτελοῦνται ἀπὸ ἀγγεῖα διαμέτρου 200μ, ἀναστομοῦνται δὲ μὲ ἄλλα διαμέτρου 150μ, ἅτινα κεῖνται ὀλίγον βαθύτερον ἐντὸς τοῦ ὑποβλεννογονίου συνδετικοῦ ἰστοῦ. Τὸ πλέγμα τοῦτο εἶναι συνεχὲς κατὰ τὴν πρόσθιαν καὶ ὀπισθίαν ἐπιφάνειαν, ἐκ τούτου δὲ ἐκκινοῦν αἱ τροφοδοτοῦσαι τὸν βλεννογόνον ἀρτηρίαι.

β) Οἱ βλεννογόνοι κλάδοι: Αἱ διὰ τὴν ἄρδευσιν τοῦ βλεννογόνου προοριζόμεναι ἀρτηρίαι ἐκκινοῦν ἀπὸ τὰς κυρίας καὶ δευτερευούσας ἀναστομώσεις τοῦ ὑποβλεννογονίου πλέγματος. Διαμέτρου 100—120μ διέρχονται πλαγίως διὰ τοῦ ὑποβλεννογονίου συνδετικοῦ ἰστοῦ πρὸς τὰ μυϊκὰ στρώματα. Ὅταν μία τοιαύτη βλεννογόνιος ἀρτηρία πλησιάζῃ πρὸς τὸν μυϊκὸν ἰστόν, διαιρεῖται εἰς 2—3 μικροτέρους κλάδους, οἵτινες συστρέφονται καὶ συσπειροῦνται ὁ εἰς πέριξ τοῦ ἄλλου, πρὶν διαχωρισθοῦν καὶ διέλθουν τὸν μυϊκὸν χιτῶνα. Εἰς τὴν χώραν ταύτην, ὑπὸ τὰς μυϊκὰς ἴνας τοῦ βλεννογόνου, αἱ ἀρτηρίαι αὐταὶ ἢ οἱ κλάδοι των ἐνοῦνται ὑπὸ λεπτοτέρων ἀναστομωτικῶν ἀλύσεων διαμέτρου 50μ μετ' ἄλλης ἀρτηρίας ἢ κλάδου.

Ἐπι τοῦ διέλθουν τὸν μυϊκὸν ἰστόν οἱ κλάδοι οὗτοι ἀναστομοῦνται ἐπὶ τοῦ βλεννογόνου καὶ ἐν συνεχείᾳ διασπῶνται εἰς μικροσκοπικὰ τριχοειδῆ ἀγγεῖα διαμέτρου 10μ, τὰ ὅποια διατρέχουν τὴν ἐπιφάνειαν διακλαδούμενα πέριξ τῶν ἀδένων καὶ σχηματίζοντα τοιουτοτρόπως μεγάλους τριχοειδεῖς βρόγχους, οἵτινες περιβάλλουν τὸ στόμιον τῶν ἐκφορητικῶν πόρων τῶν ἀδένων.

γ) Τὸ πλέγμα τοῦ συνδετικοῦ ἰστοῦ: Ὑπάρχει σημαντικὸς ὑποβλεννογόνιος συνδετικὸς ἰστός κατὰ τὸ πρόσθιον καὶ ὀπίσθιον τοιχώμα τοῦ στομάχου, ὅστις ἐκτὸς τοῦ ὑποβλεννογονίου πλέγματος καὶ τῶν βλεννογονίων κλάδων περιλαμβάνει ἕνα εὐρύτατον πλέγμα ἐκ λεπτῶν ἀγγείων ἀπὸ τῶν τριχοειδῶν μέχρι διαμέτρου 60—100 μ. Τὰ ἀγγεῖα ταῦτα εἶναι κατὰ ζεύγη, ἀρτηρία καὶ φλέψ πορεύονται παραλλήλως, τῆς πρώτης οὔσης μικροτέρας. Ταῦτα ἀναστομοῦνται ἐλευθέρως μεταξὺ των καὶ μὲ ἄλλα τοῦ ὑποβλεννογονίου πλέγματος, ἐκ τοῦ ὁποίου προέρχονται. Τὰ ἀγγεῖα τοῦ ἐκτεταμένου τούτου πλέγματος ἀναστομοῦνται ἐπίσης μετ' ἄλλων προερχομένων ἐκ τοῦ μυϊκοῦ τοιχώματος, ἀλλὰ δὲν

φαίνεται ν' αναστομοούνται με τὰς βλεννογονίους ἀρτηρίας καὶ φλέβας. Ἡ ἔκτασις καὶ ἡ πυκνότης τοῦ πλέγματος τούτου ὑποδηλοῖ καὶ ἄλλας λειτουργίας, πλὴν τῆς αἱματώσεως τοῦ συνδετικοῦ καὶ ὑποβλεννογονίου ἴστοῦ.

ΕΛΑΣΣΟΝ ΤΟΞΟΝ ΚΑΙ ΠΥΛΩΡΟΣ

α) Ἐλασσον τόξον: Τὰ ἀγγεῖα τῆς χώρας ταύτης παρουσιάζουν διάφορον διάταξιν ἀπὸ τὰ τοῦ προσθίου καὶ ὀπισθίου τοιχώματος. Οὕτω αἱ βλεννογόνοι ἀρτηρίαι δὲν ἐκκινοῦν ἀπὸ ἀρτηριακὸν πλέγμα εὐρισκόμενον ἐντὸς τοῦ τοιχώματος τοῦ στομάχου, ἀλλὰ ἐκτὸς τοῦ στομάχου, κατ' εὐθείαν ἐκ τῆς ἀλύσου τῆς ἀριστερᾶς γαστρικῆς. Τὰ ἀγγεῖα ταῦτα διαπεροῦν τὸ γαστρικὸν τοίχωμα, ἵνα εἰσέλθουν ἐντὸς τοῦ ὑποβλεννογονίου, τὸν ὁποῖον διασχίζουν πλαγίως, χωρὶς νὰ σχηματίζουν ὑποβλεννογόμιον πλέγμα, ἵνα οὕτω φθάσουν τὸν βλεννογόμον, τὸν ὁποῖον τροφοδοτοῦν καθ' ὅμοιον τρόπον, ὡς εἶδομεν ἀνωτέρω.

β) Πυλωρική χώρα: Κατὰ τὴν χώραν ταύτην τὸ εὐὸ ὑποβλεννογόμιον πλέγμα τοῦ προσθίου καὶ ὀπισθίου τοιχώματος καθίσταται ὀλιγώτερον σαφές. Κλάδοι προερχόμενοι ἐκ τῆς πυλωρικῆς καὶ δεξιᾶς γαστροεπιπλοϊκῆς διασπείρονται κατὰ τὴν ἔξω ἐπιφάνειαν τοῦ μυϊκοῦ τοιχώματος, ὑποδιαίρουσιν εἰς ἄλλους μικροτέρους καὶ ἐν συνεχείᾳ διέρχονται πλαγίως τὸ μυϊκὸν τοίχωμα. Κατὰ τὸν ὑποβλεννογόμιον ὑποδιαίρουσιν εἰς 3—4 ἀρτηρίας διαμέτρου 100—150 μ., αἵτινες διέρχονται τὸν ὑποβλεννογόμιον, ἵνα ἀναστομωθοῦν με ἀναλόγους κλάδους γειτονικῶν ἀρτηριῶν. Αἱ βλεννογόνοι ἀρτηρίαι προέρχονται ἐκ τῶν ἀγγείων τούτων.

γ) Τὸ πλέγμα τοῦ συνδετικοῦ ἴστοῦ: Ὁ ὑποβλεννογόμιος συνδετικὸς ἴστος τοῦ ἐλάσσονος τόξου καὶ τῆς πυλωρικῆς χώρας εἶναι κατὰ πολὺ λεπτότερος τοῦ προσθίου καὶ ὀπισθίου τοιχώματος καὶ περιέχει ὀλιγώτερον ἐκτεταμένον ἀγγειακὸν πλέγμα με ὀλιγώτερους ἀρτηριακοὺς καὶ φλεβικοὺς βρόγχους.

Ἐξ ἄλλου ἡ κυκλοφορία τοῦ αἵματος ἐντὸς τοῦ στομάχου διευκολύνεται ἀπὸ ἀπ' εὐθείας ἀρτηριοφλεβικὰς ἀναστομώσεις. Αἱ ἀναστομώσεις αὗται, διαμέτρου μέχρις 140 μ, προέρχονται συνήθως ἀπὸ τὰς βλεννογονίους ἀρτηρίας. Ἡ παρουσία των δηλοῖ ὅτι κατὰ πᾶσαν πιθανότητα διευκολύνεται ὁ ροὺς τοῦ αἵματος ἐντὸς ἡ μακρὰν τοῦ βλεννογόνου, λόγω ἀπλῆς τοπικῆς δράσεως καὶ με ἐλαχίστην ἀγγειακὴν προσπάθειαν. Ἡ ταχεῖα αὕτη διανομὴ τοῦ αἵματος ἐντὸς

τοῦ στομάχου κατὰ τὰς διαφόρους φάσεις τῆς γαστρικῆς λειτουργίας φαίνεται ὅτι ὀφείλεται εἰς τὰς ἀναστομώσεις αὐτάς.

* * *

Ὅσον ἀφορᾷ τὸ φλεβικὸν αἷμα, τοῦτο σχεδὸν ἐξ ὀλοκλήρου κατευθύνεται πρὸς τὴν πυλαίαν. Ἡ δεξιὰ γαστροεπιπλοϊκὴ φλέψ καταλήγει ἐντὸς τῆς ἄνω μεσεντερίου, ἥτις ὀδεύει πρὸς τὴν πυλαίαν. Ἡ ἀριστερὰ γαστροεπιπλοϊκὴ διὰ τῆς σπληνικῆς ἐπίσης πρὸς τὴν πυλαίαν. Ἡ γαστρικὴ καὶ σπληνικὴ ὀδεύουν κατ' εὐθείαν πρὸς τὴν πυλαίαν. Αἱ φλέβες τοῦ κατωτέρου τμήματος τοῦ οἰσοφάγου, ἀναστομούμεναι μετὰ τῆς γαστρικῆς, καταλήγουν ἐντὸς τῆς πυλαίας. Εἰς περιπτώσεις ὑπερτάσεως τῆς πυλαίας, αἱ φλέβες τοῦ οἰσοφάγου διογκοῦνται, πλημμυρίζουν ἀπὸ αἷμα καὶ κίρσοιοῦνται. Εἰς τὰς κίρρώσεις τοῦ ἥπατος μεγάλαι καὶ ἐνίοτε θανατηφόροι αἱμορραγίαι λαμβάνουν χώραν, ὀφειλόμεναι εἰς ρῆξιν τῶν οἰσοφαγικῶν αὐτῶν κίρσων.

Ἡ σχεδὸν συνεχῆς λειτουργία τοῦ στομάχου—ἀδενικὴ καὶ κινητικὴ—ἀπαιτεῖ μεγάλας ποσότητας αἵματος. Χρόνια νοσήματα τοῦ ἀγγειοκαρδιακοῦ συστήματος ἐλαττώνουν καὶ ἐμποδίζουν τὴν κανονικὴν αἱμάτωσιν τοῦ στομάχου καὶ ὥς ἐκ τούτου θὰ ἔχωμεν γαστρικὰς διαταραχάς. Ἔνεκα τούτου πρῶται ἐκδηλώσεις μιᾶς καρδιακῆς ἀνεπαρκειᾶς καὶ ἀγγειοκινητικῶν διαταραχῶν εἶναι συμπτώματα ἐκ τοῦ στομάχου.

Ἐν περιπτώσει ἐπίσης ὑπερτάσεως τῆς πυλαίας, εἰς νοσήματα ἥπατος καὶ σπληνός, ἢ παρεμπόδισις τῆς ἐπιστροφῆς τοῦ φλεβικοῦ αἵματος τοῦ στομάχου προκαλεῖ χρονίαν συμφόρησιν τοῦ βλεννογόνου, γαστρίτιδα, διαβρώσεις, ἀκόμη καὶ ἐξελκώσεις, ὅποτε ἐκτὸς τῶν γαστρικῶν διαταραχῶν ἔχομεν συχνότατα γαστρορραγίας.

Λεμφικὰ ἀγγεῖα τοῦ στομάχου: Ἡ γνῶσις τῶν ἀγγείων τούτων τοῦ στομάχου, ἰδίως ἡ πορεία αὐτῶν, εἶναι πλέον ἢ ἀπαραίτητος, προκειμένου νὰ ἀντιληφθῇ τις τὸν μηχανισμόν τῶν γαγγλιακῶν μεταστάσεων τοῦ καρκίνου.

Τὰ τριχοειδῆ ἀγγεῖα ἐκκινοῦνται ἐκ τοῦ βλεννογόνου ὁδηγοῦν τὸν λέμφον ἐντὸς μεγαλυτέρων τοιούτων πρὸς τὸν ὑποβλεννογόνιον. Ἐκ τούτων μεγαλύτεροι κλάδοι εἰσέρχονται ἐντὸς τοῦ μυϊκοῦ στρώματος καὶ τοῦ ὄρογόνου, ἵνα σχηματίσουν τὰ λυμφατικὰ ἀγγεῖα, ἅτινα ἀκολουθοῦν τὴν πορείαν τῶν φλεβῶν. Κατὰ μῆκος τοῦ ἐλάσσονος τόξου ἀκολουθοῦν τὴν πορείαν τῆς ἀριστερᾶς γαστρικῆς φλεβός, κενούμενα ἐντὸς τοῦ ἀδένος τοῦ εὐρισκομένου παρά τὸν Ἀλλίρειον τρίποδα καὶ ἐνίοτε ἐντὸς τοῦ μείζονος θωρακικοῦ πόρου.

Ἐντὸς τοῦ ἥπατογαστρικοῦ συνδέσμου καὶ κατὰ μήκος τοῦ ἐλάσσονος τόξου ὑπάρχουν πολλοὶ μικροὶ μεγέθους ἀδένες.

Κακοήθεις ὄγκοι τοῦ κατωτέρου τμήματος τοῦ στομάχου καὶ παρά τὸ ἔλασσον τόξον, λόγω ἐμβολῆς τῶν λεμφικῶν ἀγγείων μεθίστανται ταχύτατα πρὸς τοὺς ἀδένας τούτους. Κατὰ τὴν χειρουργικὴν ἐπομένως ἐπέμβασιν πρέπει νὰ γίνῃ ὀλικὴ καὶ ἐπιμεμελημένη ἐξαιρέσεις τῶν ἀδένων τούτων. Ἡ συχνὴ ἐξ ἄλλου ἐπέκτασις κακοήθων ὄγκων τοῦ καρδιακοῦ στομίου πρὸς τὸ κατώτερον τμήμα τοῦ οἰσοφάγου καὶ ἀντιστρόφως, ὀφείλεται εἰς τὰς ὑφισταμένας ἀναστομώσεις μεταξὺ τῶν λυμφατικῶν ἀγγείων τοῦ καρδιακοῦ στομίου καὶ τῶν τοῦ κατωτέρου τμήματος τοῦ οἰσοφάγου.

Τὸ ἄνω ἥμισυ τοῦ μείζονος τόξου τοῦ σώματος τοῦ στομάχου καὶ ὀλόκληρον τοῦ πυθμένος ἔχουν τὰ ὀλιγώτερα εἰς ἀριθμὸν ἀπὸ οἰονδήποτε ἄλλο τμήμα τοῦ στομάχου λυμφατικὰ ἀγγεῖα. Ταῦτα καταλήγουν εἰς γάγγλια παρά τὴν πύλην τοῦ σπληνός. Ἡ ζώνη αὕτη τοῦ στομάχου καλεῖται «σιωπηρὰ ζώνη», διότι αἱ μεταστάσεις εἰς ἀπομεμακρυσμένους ἀδένας λαμβάνουν βραδύτατα χώραν. Οὕτω συχνότατα ἀναπτύσσονται παρά τὴν χώραν ταύτην ὄγκοι μεγάλοι εἰς μέγεθος πρὶν ἢ γίνων ἀντιληπτοὶ ἢ δώσουν μεταστάσεις.

Τὸ κατώτερον τμήμα τοῦ μείζονος τόξου τοῦ σώματος καὶ τοῦ πυλωρικοῦ ἄντρου ἔχουν ἄρκετὰ λυμφατικὰ ἀγγεῖα, καταλήγοντα εἰς ἀδένας εὐρισκομένους ὑπερθεν τοῦ πυλωροῦ καὶ ἀναστομούμενα μὲ ἄλλους ἥπατικούς. Ὡς ἐκ τούτου εἰς περίπτωσιν καρκίνου τοῦ πυλωροῦ ἄρκετὰ συχνὰ ἔχομεν ἴκτερον. Ἀντιθέτως τὰ λυμφατικὰ τοῦ πυλωροῦ καὶ τοῦ δωδεκαδακτύλου δὲν ἀναστομοῦνται μεταξὺ τῶν, ἢ ἐνίοτε ὑπάρχει μία ἀσήμαντος ἀναστομωτικὴ ἄλυσις, καὶ ὡς ἐκ τούτου σπανιώτατα παρατηρεῖται ἡ ἐπέκτασις ἐνὸς καρκίνου τοῦ πυλωροῦ πρὸς τὸ δωδεκαδάκτυλον.

Ὑπενθυμίζομεν ἀπλῶς, δεδομένου ὅτι θὰ ἐπανέλθωμεν εἰς τὸ κεφάλαιον περὶ καρκίνου τοῦ στομάχου, καὶ τὴν ὑπαρξιν ἐνὸς ἀδένου ὀπισθεν τῆς ἀριστερᾶς κλειδός, γνωστοῦ ὡς ἀδένου τοῦ Troisier καὶ ὄστις, ὅταν ψηλαφᾶται, ἐρμηνεύει συνήθως ἓνα προκεχωρημένον καὶ κακῆς προγνώσεως καρκίνον τοῦ στομάχου.

Νευρικὸν σύστημα τοῦ στομάχου. Ὁ στόμαχος νευροῦται ἀπὸ τὸ αὐτόνομον ἢ φυτικὸν νευρικὸν σύστημα. Ὡς γνωστόν, τὸ παρὰσυσμυαθητικὸν διαιρεῖται εἰς δύο κυρίους κλάδους, τὸ δεξιὸν καὶ ἀριστερὸν πνευμονογαστρικόν, τὰ ὅποια συνοδεύουν τὸν οἰσοφάγον κατὰ τὴν ἐνδοθωρακικὴν διαδρομὴν του, ἀποχωρίζονται δὲ ἀλλήλων ὑπερθεν τοῦ καρδιακοῦ στομίου. Καὶ τὸ μὲν ἀριστερὸν διέρχεται διὰ

της προσθίας ἐπιφανείας τοῦ στομάχου, τὸ δὲ δεξιὸν διὰ τῆς ὀπισθίας. Τὰ δύο πνευμονογαστρικά εἶναι τὰ σπουδαιότερα νεύρα τῆς ἐκκρίσεως καί, ὡς θὰ ἴδωμεν, ἀπαραίτητα ὄχι μόνον διὰ τὴν ψυχικὴν φάσιν τῆς γαστρικῆς ἐκκρίσεως, ἀλλὰ καὶ διὰ τὴν κινητικότητα τοῦ στομάχου.

Λαμβανομένου ὑπ' ὄψιν τοῦ ρόλου τούτου, θὰ πρέπη νὰ ὑπενθυμίσωμεν πόσον ταῦτα ἐπιδρῶν ἐπὶ τῶν γαστρικῶν ἀδένων καὶ πῶς ῥυθμίζουν τὴν ὁρμονικὴν λειτουργίαν. Τὸ ἀριστερὸν ἢ πρόσθιον πνευμονογαστρικόν, ἀφοῦ διέλθη διὰ τοῦ διαφράγματος, δίδει κλάδους, ἐκ τῶν ὁποίων οἱ μεγαλύτεροι πορεύονται κατὰ μῆκος τοῦ ἐλάσσονος τόξου τοῦ στομάχου. Μερικοὶ ἐκ τῶν κλάδων τούτων κατευθύνονται πρὸς τὸν πυθμένα, τὸ σῶμα καὶ τὸ πυλωρικὸν ἄντρον, ἐνῶ ἄλλοι ὀδεύουν πρὸς τὸ ἥπαρ καὶ τὴν χοληδόχον κύστιν. Ὁ ἥπατικὸς οὖτος κλάδος τοῦ πνευμονογαστρικοῦ ἀποστέλλει μικροτέρους κλάδους πρὸς τὸν πυλωρικὸν ἰσθμόν, τὸν πυλωρικὸν σφιγκτήρα καὶ τὴν πρώτην μοῖραν τοῦ δωδεκαδακτύλου.

Τὸ ὀπίσθιον ἢ δεξιὸν πνευμονογαστρικόν ἔχει ἀνάλογον διαδρομὴν ἐπὶ τῆς ὀπισθίας ἐπιφανείας τοῦ στομάχου, ἀποστέλλει δὲ ἓνα κλάδον πρὸς τὸ δεξιὸν ἡμισελήνοειδὲς γάγγλιον. Κλάδοι τοῦ πνευμονογαστρικοῦ ἀποστέλλονται ἐπίσης πρὸς τὸ πάγκρεας καὶ πρὸς τὰ νευρικά πλέγματα τῶν νεφρῶν καὶ τῶν ἐπινεφριδίων, ἀνευρίσκονται δὲ καὶ ἄλλοι κατὰ μῆκος τῆς ἥπατικῆς καὶ σπληνικῆς ἀρτηρίας ὡς καὶ τῶν ἄνω μεσεντερίων ἀρτηριῶν. Σημειωτέον ὅτι κλάδοι τινὲς ἐκ τοῦ συμπαθητικοῦ εὐρίσκονται ἀναμεμιγμένοι καὶ διανεμονται μετὰ τῶν τοῦ παρασυμπαθητικοῦ, ἀκολουθοῦντες τὴν πορείαν τῶν γαστρικῶν ἀρτηριῶν, αἵτινες τροφοδοτοῦν ὠρισμένας μοῖρας τοῦ στομάχου, συμπεριλαμβανομένου καὶ τοῦ μείζονος τόξου.

Δὲν εἶναι δυνατόν ν' ἀποχωρίση τις τὸ δεξιὸν πνευμονογαστρικόν τοῦ ἀριστεροῦ, οὔτε εἶναι δυνατόν νὰ θεωρηθῇ ὅτι ἕκαστον τούτων νευροῖ μίαν ὠρισμένην χώραν τοῦ στομάχου, δεδομένου ὅτι ταῦτα διανεμονται καὶ εἰς τὰς δύο ἐπιφανείας. Οἱ διάφοροι κλάδοι τοῦ πνευμονογαστρικοῦ σχηματίζουν ἓνα κλειστὸν δίκτυον, τὸ ὁποῖον περιβάλλει ἐξ ὀλοκλήρου τὸν στόμαχον καὶ τὴν ἀρχικὴν μοῖραν τοῦ δωδεκαδακτύλου.

Τὸ συμπαθητικόν, τὸ ὁποῖον δρᾷ ἐπὶ τοῦ στομάχου, σχηματίζεται ἀπὸ τὰς 6ον, 7ον, 8ον καὶ 9ον θωρακωνωτιαῖα νεύρα. Ἐκ τούτων συμπαθητικοὶ κλάδοι ἐνοῦνται, ἵνα σχηματίσουν τὸ μείζον σπλαγχνικόν, ὅπερ καταλήγει εἰς τὸ ἡμισελήνοειδὲς γάγγλιον. Ἐκ τοῦ γαγγλίου τούτου πολλοὶ κλάδοι εἰσέρχονται ἐντὸς τοῦ ἡλιακοῦ πλέγματος—κέντρου τῆς συμπαθητικῆς νευρώσεως πλείστων σπλάγγων,

μεταξύ τῶν ὁποίων καὶ τοῦ στομάχου. Κλάδοι τοῦ συμπαθητικοῦ καταλήγοντες εἰς τὸν στόμαχον ἔρχονται κατ' εὐθείαν ἐκ τοῦ ἡλιακοῦ πλέγματος. Ὑπενθυμίζομεν ὅτι τὸ συμπαθητικὸν μὲ τὴν ἀνασταλτικὴν του ἰδιότητα ἐπιδρᾷ ἐπὶ τῆς ὑπερλειτουργίας τοῦ παρασυμπαθητικοῦ.

Ἐντὸς τοῦ τοιχώματος τοῦ στομάχου ὑπάρχουν δύο καλῶς διακεχωρισμένα νευρικά πλέγματα. Τὸ μυεντερικὸν ἢ πλέγμα τοῦ Auerbach εὐρίσκεται εἰς τὸν μυϊκὸν χιτῶνα μεταξύ τῶν ἰνῶν τῆς ἐπιμήκους στιβάδος, δέχεται δὲ κλάδους ἀπὸ τὰ πνευμονογαστρικά καὶ ἀπὸ τὸ συμπαθητικόν. Ἐνισχύει τὴν κινητικότητα τοῦ στομάχου, συγχρόνως δὲ ἐξασφαλίζει καὶ τὴν ἀρμονικὴν λειτουργίαν τῶν γαστρικῶν κινήσεων.

Τὸ δεύτερον πλέγμα, τὸ ὑποβλεννογόνιον ἢ πλέγμα τοῦ Meissner, καταλαμβάνει ὀλόκληρον τὸ πάχος τοῦ χιτῶνος τούτου. Ἀποτελεῖται ἀπὸ δύο καλῶς κεχωρισμένους σχηματισμούς: τὸ κυρίως ὑποβλεννογόνιον πλέγμα ἐξ ἀμύλων νευρικῶν ἰνῶν καὶ δεύτερον, ἐκ τοῦ ἐνδοαδενικοῦ πλέγματος, ἀποτελουμένου ἐκ λεπτοτάτων ἀμύλων ἰνῶν προερχομένων ἐκ τοῦ ὑποβλεννογονίου πλέγματος. Αἱ ἴνες αὗται εἰσέρχονται ἐντὸς τοῦ βλεννογόνου καὶ περιβάλλουν τοὺς γαστρικοὺς ἀδένας. Τὸ ἰδιάζον φαινόμενον τοῦ ὑποβλεννογονίου πλέγματος τοῦ στομάχου εἶναι, ὅτι περιέχει ἐλάχιστα γαγγλιακὰ κύτταρα, διαφέρον οὕτω κατὰ πολὺ τοῦ ὑποβλεννογονίου πλέγματος τοῦ ἐντέρου, τὸ ὁποῖον εἶναι πλούσιον εἰς νευρικά κύτταρα. Πολλαὶ νευρικαὶ ἴνες τοῦ ὑποβλεννογονίου πλέγματος προέρχονται ἀπὸ νευρικά κύτταρα εὐρισκόμενα ἐντὸς τοῦ μυεντερικοῦ πλέγματος ἰδίως κατὰ τὴν πυλωρικὴν χώραν καὶ τὸ ἔλασσον τόξον. Ὡς ἐκ τούτου ἡ νεύρωσις τοῦ βλεννογόνου εἰς τὰς διαφόρους μοῖρας τοῦ στομάχου ἐξαρτᾶται κυρίως ἀπὸ τὸν τύπον τοῦ μυεντερικοῦ πλέγματος, ὅπερ εὐρίσκεται εἰς τὴν παρακειμένην μοῖραν τοῦ γαστρικοῦ τοιχώματος. Παραδέχονται ἐπομένως ὅτι τὸ μυεντερικὸν πλέγμα δὲν εἶναι μόνον κινητικόν, ἀλλὰ ὅτι καὶ συμμετέχει εἰς τὴν λειτουργίαν τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου. Τὸ πλέγμα τοῦ Meissner ἐπιδρᾷ κυρίως ἐπὶ τῆς γαστρικῆς ἐκκρίσεως. Λαμβανομένων ὅμως ὑπ' ὄψιν τῶν διαφορῶν αὐτῶν ἀναστομώσεων μεταξύ τῶν δύο πλεγμάτων, θὰ πρέπη καὶ τὰ δύο ταῦτα νευρικά πλέγματα νὰ εὐθύνωνται διὰ τὰς σχέσεις ἐκκρίσεως καὶ κινητικότητος τοῦ στομάχου.

ΑΙ ΚΙΝΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Πρὶν ἢ περιγράψωμεν τὰς κινήσεις τοῦ στομάχου, ὑπενθυμίζομεν ὅτι οὗτος ἀποτελεῖται ἀπὸ δύο κυρίως μοίρας, τὴν ἀδενικὴν καὶ τὴν μυϊκὴν, σαφῶς διακρινομένης ἀπ' ἀλλήλων. Αἱ κινήσεις τοῦ στομάχου εἶναι περισταλτικαί, κατὰ κύματα. Τὸ κύμα, ἐφ' ὅσον προχωρεῖ πρὸς τὰ κάτω, γίνεται βαθύτερον, μέχρις ὄτου, φθάνον παρὰ τὸν πυλωρὸν, τερματίζεται μὲ μίαν συστολὴν τοῦ πυλωρικοῦ ἄντρου. Κατὰ τὰς περισταλτικὰς αὐτὰς κινήσεις ὁ στόμαχος προσλαμβάνει ποικίλα σχήματα, ἵνα ἐν συνεχείᾳ ἐπανέλθῃ εἰς τὸ ἀρχικὸν του. Κατὰ τὰ μεσοδιαστήματα, αἱ διάφοροι ἔντομαί, αἱ δημιουργούμεναι ἀπὸ τὰ κύματα αὐτά, ἄλλοτε μὲν γίνονται βαθύτεραι, ἄλλοτε δὲ σημειοῦνται ἐλάχιστα, ἥτοι λαμβάνουν χώρον συστολικά καὶ διαστολικά μεταλλάγαι ὀλοκλήρου τοῦ στομάχου.

Ἡ περισταλτικὴ κίνησις εἶναι λίαν ἐκσεσημασμένη παρὰ τὴν γωνίαν τοῦ στομάχου καὶ παύει εἰς ἀπόστασιν 1—2 ἐκ. ἀπὸ τοῦ πυλωρικοῦ ἴσθμου. Φυσικά, τὸ κύμα αὐτὸ εἶναι ταχύτερον παρὰ τὸ μείζον τόξον λόγῳ τῆς μεγαλυτέρας ἀποστάσεως, τὴν ὁποίαν ὀφείλει νὰ διατρέξῃ καὶ συνεχίζεται πέραν τοῦ πυλωρικοῦ ἄντρου, ἐνῶ τὸ τοῦ ἐλάσσονος τόξου σημειώνει μίαν «παύσιν», ἕνα δισταγμὸν παρὰ τὴν γωνίαν.

Τὰ περισταλτικὰ κύματα ποικίλλουν εἰς ἔντασιν καὶ βάθος, ἐμφανίζοντα ἀξομειώσεις. Ἄλλοτε προκαλοῦν βαθεῖας ἔντομάς, τὰ μεταξὺ δὲ τούτων τμήματα τοῦ στομάχου ἐλαττοῦνται εἰς διάμετρον. Ἐνῶ εἰς μίαν στιγμὴν ἔχομεν μίαν γενικὴν ὑπερτονίαν τοῦ γαστρικοῦ τοιχώματος, μετὰ τινος στιγμᾶς ὁ τόνος αὐτὸς ἐλαττοῦται, τὰ κύματα εἶναι ὀλιγώτερον ἔντονα καὶ αἱ ἔντομαί τείνουν νὰ ἐξαφανισθοῦν.

Τὰς ῥυθμικὰς αὐτὰς ἐναλλαγὰς, ὅσον ἀφορᾷ τὸ σχῆμα τοῦ στομάχου, ὁ Coie τὰς παρομοιάζει μὲ τὸν καρδιακὸν κύκλον, περιγράφων οὕτω ἕνα ἀνάλογον γαστρικὸν κύκλον: ἀπὸ τῆς στιγμῆς καθ' ἣν ὁ στόμαχος προσλαμβάνει ἕνα ἰδιαίτερον σχῆμα μέχρι τῆς στιγμῆς καθ' ἣν θὰ ἐπανέλθῃ εἰς τὸ αὐτὸ σχῆμα, παρέρχεται ἕνα ὀρισμένον χρονικὸν διάστημα, τὸ ὁποῖον ἀποτελεῖ τὸν γαστρικὸν κύκλον. Οὗτος ἀποτελεῖται ἀπὸ μίαν συστολὴν καὶ μίαν διαστολὴν. Ἡ γαστρικὴ συστολὴ εἶναι ἡ φάσις ἐκείνη, ἣτις χαρακτηρίζεται ἀπὸ τὰς βαθεῖας ἔντομάς, τὰς συσπάσεις καὶ τὴν ἐλάττωσιν τῆς χωρητικότητος τοῦ στομάχου. Ἡ γαστρικὴ διαστολὴ εἶναι ἡ περίοδος ἐκείνη, κατὰ τὴν ὁποίαν αἱ συσπάσεις μειοῦνται καὶ ὁ στόμαχος τείνει νὰ προσλάβῃ τὸ φυσιολογικὸν σχῆμα

του. Ὀλόκληρος ὁ γαστρικὸς κύκλος φυσιολογικῶς διαρκεῖ 20". Ἡ συστολὴ καταλαμβάνει τὰ 7/10 τοῦ χρόνου τούτου, ἡ δὲ διαστολὴ τὰ 3/10 αὐτοῦ.

Συγχρόνως μὲ τὰ ἔντονα αὐτὰ περισταλτικὰ κύματα κατὰ μήκος τῶν τόξων, ὑπάρχουν ἄλλα μικρότερα, τὰ ὁποῖα παρατηροῦνται κατὰ μήκος τοῦ σώματος τοῦ στομάχου. Ἡλεκτρογαστροδιαγράμματα ληφθέντα εἰς τὰ ζῶα δι' εἰδικῆς τεχνικῆς ἀποκαλύπτουν ὠρισμένας ἀνωμαλίας τοῦ περισταλισμοῦ. Παρατηρήθη τοιουτοτρόπως, ὅτι, ἐνῶ κύματά τινα κατήρχοντο ἐκ τοῦ καρδιακοῦ στομίου, ἄλλα ἐφαίνοντο ἀρχόμενα ἀπὸ τῆς ἐπιφανείας τοῦ στομάχου πρὸς τὸν πυλωρόν. Παρατηρήθη ἐπίσης εἰς διχασμὸς μεταξύ τῶν κυμάτων τοῦ σώματος καὶ τοῦ πυλωρικοῦ τμήματος, ὅπως ἐνίοτε καὶ μία ἀπότομος ἐξαφάνισις, ἓνα εἶδος ἀποκλεισμοῦ μερικῶν ἐκ τῶν κυμάτων αὐτῶν.

Αἱ διάφοροι καμπύλαι, αἵτινες ἐπετεύχθησαν μὲ τὴν μέθοδον ταύτην, εἶναι δυσχερεστάτης ἐρμηνείας, λόγῳ τεχνικῶν δυσχερειῶν, ἰδίως εἰς τὸ νὰ ἐπιτύχη τις τὴν σύγχρονον ἀναγραφὴν τῆς λειτουργίας πολλῶν τμημάτων τοῦ στομάχου. Ἐὰν βεβαίως ὁ γαστρικὸς κύκλος ἐπανελαμβάνετο πάντοτε ὁ ἴδιος, ἄνευ μεταβολῶν, ὅπως τοῦτο συμβαίνει εἰς τὴν φυσιολογικὴν καρδίαν, θὰ ἦτο δυνατὴ ἡ ἀνάλυσις τῶν διαφόρων κινήσεων διαφόρων ζωνῶν τοῦ στομάχου. Ὁ συνδυασμὸς ὁμοῦ τῶν κατερχομένων κυμάτων μὲ τοπικὰς συστολάς ἐμποδίζει τοῦτο, καὶ ὡς ἐκ τούτου ἀπαιτεῖται ἡ σύγχρονος λήψις ἠλεκτρογαστροδιαγραμμάτων πολλῶν τμημάτων τοῦ στομάχου. Ἐὰν εἰς τὸ ἀπώτερον μέλλον ἐπιτευχθῇ μία τοιαύτη λήψις εἶναι εὐνόητον, ὅτι πολλὰ διαταραχαὶ τοῦ στομάχου, ἀγνώστου αἰτιολογίας, θὰ εὔρουν ἐρμηνείαν, καὶ κυρίως ἐν τοιοῦτον διάγραμμα θὰ εἶναι εἰς θέσιν νὰ μᾶς ἀποκαλύψῃ ἓνα ἀρχόμενον π. χ. διηθητικὸν νεόπλασμα μὴ ἀντιληπτὸν εἰσέτι ἀκτινολογικῶς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ Β'

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ὁ ρόλος τοῦ στομάχου εἶναι νὰ δέχεται παντὸς εἶδους τροφάς, τὰς ὁποίας νὰ τροποποιῇ οὕτως, ὥστε αὐταὶ νὰ γίνωνται ἀνεκταὶ ἐκ μέρους τοῦ λεπτοῦ ἐντέρου, χωρὶς νὰ τὸ ἐρεθίζουν, ἐπὶ πλέον νὰ τὰς προπαρασκευάζῃ διὰ τὴν τελείαν πέψιν καὶ ἀπορρόφησιν. Αἱ τροφαί, ἅμα τῇ εἰσαγωγῇ των ἐντὸς τοῦ στομάχου, ἀποκτοῦν τάχιστα τὴν θερμοκρασίαν τοῦ σώματος, ἐνίαι δὲ τούτων μερικῶς πέπτονται.

Ὅλας αὐτὰς τὰς τροφάς, αἵτινες διαφέρουν ἢ μία τῆς ἄλλης ἀπὸ χημικῆς καὶ φυσικῆς ἀπόψεως, ὁ στόμαχος, χάρις εἰς τὰς κινήσεις του, τὰς ἀναμειγνύει μεταξύ των καὶ μετὰ τοῦ γαστρικοῦ ὑγροῦ, τὰς πολτοποιεῖ, μέχρις ὅτου προσλάβουν ὁμοιογενῆ καὶ ἡμίρρευστον σύστασιν. Ὁ χυμὸς οὗτος, ὡς καλεῖται, ὀξίνου ἀντιδράσεως, διὰ τοῦ πυλωροῦ εἰσέρχεται βραδέως, κατὰ μικρὰς ποσότητας καὶ ἐφ' ὅσον σχηματίζεται, ἐντὸς τοῦ δωδεκαδακτύλου. Τοιουτοτρόπως προπαρασκευάζονται αἱ τροφαὶ διὰ τὴν περαιτέρω πέψιν ἐντὸς τοῦ ἐντέρου.

Ἐκτὸς ὁμῶς τῆς ἰδιότητος ταύτης, ὁ στόμαχος ἔχει καὶ ἄλλας ἐξαιρετικῆς σημασίας, τὰς ὁποίας θέλομεν ἐκθέσει, ἀφοῦ προηγουμένως, δι' ὀλίγων, ἀνατρέξωμεν εἰς τὸ παρελθόν.

Ἱστορικόν : Τὸ 1792, ὁ Raynier, εἰς σχετικὸν σύγγραμμά του, ἐξέφραζε τὴν γνώμην, ὅτι, ἵνα δυνηθῇ τις νὰ ἐξαγάγῃ θετικὰ συμπεράσματα ἐπὶ τῆς φυσιολογίας τοῦ στομάχου, θὰ ἔπρεπε νὰ ἦτο εἰς θέσιν νὰ παρατηρῇ τὸ ἐσωτερικὸν τοῦ ὄργανου τούτου κατὰ τὴν λειτουργίαν του, οὕτως ὥστε ν' ἀντιληφθῇ τὰς ἀλλοιώσεις ἅς ὑφίστανται αἱ τροφαὶ ἀπὸ τῆς εἰσόδου των μέχρι καὶ τῆς ἐξόδου των διὰ τοῦ πυλωροῦ.

Μετὰ πάροδον ὀλίγων ἐτῶν ἢ ἐπιθυμία αὕτη τοῦ Raynier ἐπραγματοποιεῖτο. Ὁ Γάλλος καθηγητῆς Corvisart, ἰδιαιτερός ἰατρός τοῦ Ναπολέοντος, ἔσχε τὴν εὐκαιρίαν, τὸ 1802, νὰ μελετήσῃ τὰς κυματοειδεῖς κινήσεις τοῦ βλεννογόνου τοῦ στομάχου μιᾶς γυναικὸς, ἡλικίας 47 ἐτῶν, μέσφ τραυματικοῦ συριγγίου τὸ ὁποῖον ἔφερεν.

Τὸ 1825, ὁ Beaumont, ἄσημος καὶ ἄγνωστος τότε χειρουργὸς τοῦ ἀμερικανικοῦ στρατοῦ, ἤρχισε τὰ πρῶτα πειράματα καὶ τὰς πρῶτας μελέτας ἐπὶ τῆς φυσιολογίας τοῦ στομάχου, ἐπὶ ἀτόμου γνωστοῦ εἰς τὴν ἱστορίαν τῆς Ἱατρικῆς ὑπὸ τὸ ὄνομα Alexis St. Martin. Οὗτος, κατόπιν τραυματισμοῦ διὰ πυροβόλου ὄπλου εἰς τὸ ἐπιγάστριον, ἔφερε μόνιμον συρίγγιον, χάρις εἰς τὸ ὁποῖον ὁ Beaumont ἐμελέτησε τὴν φυσιολογίαν τοῦ στομάχου κατὰ τρόπον ἀξιοθαύμαστον διὰ τὴν ἐποχὴν ἐκείνην.

Αἱ μελέται αὗται διήνοιξαν εὐρεῖς ὀρίζοντας, ἐδόθη δὲ οὕτως ἡ εὐκαιρία καὶ εἰς ἄλλους ἐρευνητάς, ὅπως εἰς τὸν Richet, τὸν Carlson καὶ λοιπούς, νὰ μελετήσουν τὴν γαστρικὴν ἔκκρισιν εἰς ἄρρωστους μὲ ἀνάλογον συρίγγιον. Ἐπηκολούθησαν ἀνάλογοι μελέται εἰς τὰ ζῶα, αἱ δὲ ἐργασίαι τοῦ Pavlow εἶναι πλέον ἢ γνωσταὶ καὶ ὡς ἐκ τούτου περιτετεῦει κάθε περιγραφὴ τῶν.

Ἡ ἱστορικὴ ὁμῶς αὕτη ἀνασκόπησις θὰ ἦτο ἐλλιπής, ἐὰν δὲν ἀνεφέροντο τὰ ὀνόματα δύο συγχρόνων ἀμερικανῶν ἐρευνητῶν, τοῦ S. Wolf καὶ H. Wolff. Οὗτοι προέβησαν εἰς παρατηρήσεις ἐξαιρετικοῦ ἐνδιαφέροντος, αἱ ὁποῖαι ἀφοροῦν κυρίως τὴν ψυχικὴν ἐπίδρασιν ἐπὶ τῆς λειτουργίας γενικῶς τοῦ στομάχου. Αὗται ἐγένοντο ἐπὶ ἀτόμου, γνωστοῦ εἰς τὴν βιβλιογραφίαν ὑπὸ τὸ ὄνομα Tom, ὅστις λόγῳ οὐλώδους στενώσεως τοῦ ὀισοφάγου, δημιουργηθείσης κατόπιν καταπόσεως καυστικοῦ ὑγροῦ εἰς ἡλικίαν 9 ἐτῶν, φέρει ἔκτοτε γαστρικὸν συρίγγιον μέσῳ τοῦ ὁποῖου καὶ σιτίζεται. Κατὰ τὴν ἐποχὴν τῶν πειραμάτων ὁ ἄρρωστος οὗτος ἦτο ἡλικίας 57 ἐτῶν. Μὲ τὰ συμπεράσματα τῶν παρατηρήσεων τῶν δύο αὐτῶν συγγραφέων θέλομεν ἀσχοληθῆ κατωτέρω.

* * *

Ὁ βλεννογόνος τοῦ στομάχου ἀποτελεῖται ἀπὸ πολλαπλοῦς ἀδένας, ὁ ἀριθμὸς τῶν ὁποίων ὑπερβαίνει τὰ 35.000.000.

Ἡ πεπτικὴ δρᾶσις τοῦ παράγοντος HCl—πεψίνη δέον νὰ συμπεριληφθῆ μεταξὺ τῶν παραγόντων ἐκείνων, οἵτινες πιθανὸν διαταράσσουν τὴν φυσιολογικὴν ἰσορροπίαν μεταξὺ τῶν προστατευτικῶν καὶ τῶν καταστρεπτικῶν παραγόντων τῶν δρῶντων ἐπὶ τῶν ἰσθῶν τοῦ στομάχου καὶ τοῦ ἀνωτέρου τμήματος τοῦ ἐντέρου. Ἡ ἰσορροπία αὕτη δυνατὸν νὰ διαταραχθῆ:

—Λόγῳ αὐξήσεως τῆς ποσότητος καὶ τοῦ χρόνου ἐκκρίσεως τοῦ παράγοντος HCl—πεψίνη.

—Ἐξ ἐλαττώσεως τῆς ἐκκρίσεως τῶν ὑγρῶν ἐκείνων, τὰ ὁποῖα

διαλύουν, έξουδετερώνουν ή αδρανοποιούν τόν παράγοντα HCl—πεψίνη.

— Λόγω έλαττώσεως τής αντίστασεως τών κυττάρων πρὸς τόν παράγοντα αυτόν, έλαττώσεως όφειλομένης εις άτελή θρέψιν ή εις επίδρασιν τοξικοῦ τινος παράγοντος επί τών κυττάρων.

Θά πρέπει έπομένως νά γνωρίζωμεν τούς φυσιολογικούς έκείνους παράγοντας τούς δρώντας οὔτως, ώστε ν' άποφευχθῆ ή διαταραχή τής φυσιολογικής ίσορροπίας. Θά μελετήσωμεν οὔτω τήν φυσιολογικήν έκκρισιν καί τόν έλεγχον τής γαστρικής όξύτητος ώς καί τής γαστρικής κινητικότητος καί τής έκκρίσεως τών αδένων τοῦ Brünner.

ΟΙ ΑΔΕΝΕΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Εις τόν άνθρωπον, εις τινα ζῶα, όπως ό πίθηκος, ό κύων, ή γαλή και ώρισμένα άλλα θηλαστικά, ό στόμαχος υποδιαιρείται εις δύο μείζονας περιοχάς, έκάστη τών όποιων περιλαμβάνει ειδικόν τύπον αδένων. Τά έγγύς τοῦ οίσοφάγου $\frac{2}{3}$ τοῦ στομάχου περιλαμβάνουν τούς κυρίως γαστρικούς αδένους, τών όποιων ό ρόλος, γενικώς, είναι νά παράγουν τά πεπτικά στοιχεία τοῦ γαστρικοῦ ὑγροῦ (HCl—πεψίνη), ένῶ τό άπώτερον $\frac{1}{3}$ περιλαμβάνει τούς πυλωρικούς αδένους, μέ κυρίαν λειτουργίαν τήν παραγωγήν βλέννης.

Ἐπιπροσθέτως υπάρχουν δύο έλάχισσες ζῶναι, αντιπροσωπεύουσαι μεταβατικές περιοχάς μεταξύ τών κυρίως έπιθηλιακῶν διαιρέσεων. Ἡ πρώτη ή άνω, έκ τών ζωνών τούτων, είναι ή καρδιακή τοιαύτη: λεπτή στεφάνη άποτελουμένη από βλενώδεις αδένους περιβάλλουσα τό οίσοφαγικόν στόμιον καί χωρίζουσα τόν βλεννογόνον τοῦ οίσοφάγου από τόν τοῦ πυθμένος. Ἡ δευτέρα, ή ένδιάμεσος ζώνη είναι μία στενή λωρίς συγκειμένη έκ μικτῶν αδένων μεταξύ τών γαστρικῶν καί τών πυλωρικῶν τοιούτων.

Ἄπαντες οί προαναφερθέντες ποικίλοι γαστρικοί αδένες αποτελοῦνται έκ τών άκολούθων τεσσάρων βασικῶν τύπων κυττάρων εις διαφόρους συνδυασμούς καί άναλογίας :

- α) Ἐπιπολής έπιθηλιακά κύτταρα.
- β) Θεμέλια κύτταρα τοῦ αύχένος (όμοια ίστολογικῶς μετά τών κυττάρων τών αδένων τοῦ πυλωροῦ καί τής καρδιακής χώρας).
- γ) Τοιχωματικά κύτταρα.
- δ) Θεμέλια κύτταρα τοῦ σώματος.

Τά έπιπολής έπιθηλιακά κύτταρα άνευρίσκονται εις όλας τάς μοίρας τοῦ στομάχου, τοῦ όποίου καλύπτουν όλόκληρον τήν έπιφάνειαν. Τά κύτταρα ταῦτα έκκρίνουν βλένναν.

Τά θεμέλια κύτταρα τοῦ αὐχένου ἀνευρίσκονται ἐπίσης εἰς ὄλας τὰς μοῖρας τοῦ στομάχου. Εἰς τοὺς ἀδένας τοῦ πυθμένου συγκεντρῶνται παρὰ τὸν αὐχένα τῶν ἀδένων, ἐνῶ κατὰ τὴν καρδιακὴν καὶ πυλωρικὴν μοῖραν εἶναι ὁ μόνος ἀνευρισκόμενος τύπος κυττάρων τῶν ἀδένων. Τὰ κύτταρα ταῦτα ἐκκρίνουν μίαν βλένναν πλέον διαλυτὴν καὶ ὀλιγώτερον γλοιώδη ἀπὸ τὴν ὑπὸ τῶν προηγουμένων κυττάρων ἐκκρινομένην.

Τὰ τοιχωματικά ὡς καὶ τὰ θεμέλια κύτταρα τοῦ σώματος ἀνευρίσκονται μόνον εἰς τὸν πυθμένα καὶ τὸ σῶμα τοῦ στομάχου. Τὰ μὲν πρῶτα ἐκκρίνουν τὸ HCl , τὰ δὲ δεύτερα τὴν πεψίνη.

Ἡ ἀκριβὴς σύνθεσις τῆς ἐκκρίσεως τῶν τοιχωματικῶν κυττάρων δὲν δύναται νὰ ὑπολογισθῇ ἐπακριβῶς, δεδομένου ὅτι ἀναμιγνύεται μὲ τὰς ἐκκρίσεις καὶ τῶν ἄλλων κυττάρων. Φαίνεται ὅμως ὅτι ἡ ἐκκρίσις αὕτη εἶναι σχετικῶς σταθερά, ἢ δὲ σύνθεσις τῆς ἀνεξάρτητος τῆς ταχύτητος σχηματισμοῦ, τῆς ἰσχύος ἢ τῆς φύσεως τοῦ ἐρεθισμοῦ.

Εἶναι γενικῶς παραδεκτὸν ὅτι τὸ χαρακτηριστικὸν προϊόν τῆς ἐκκρίσεως τῶν τοιχωματικῶν κυττάρων εἶναι τὸ HCl . Αἱ ἄλλαι ἐπομένως οὐσίαι, αἱ ὑπὸ τῶν κυττάρων τούτων ἐκκρινόμεναι, θὰ ποικίλλουν εἰς πυκνότητα ἐντὸς τοῦ γαστρικοῦ ὑγροῦ ἀναλόγως τῆς ὀξύτητος. Οὐσίαι μὴ ἐκκρινόμεναι ὑπὸ τοῦ τοιχωματικοῦ κυττάρου θὰ ποικίλλουν εἰς πυκνότητα ἐν τῷ γαστρικῷ ὑγρῷ ἀντιστρόφως ἀνάλογα μὲ τὴν ὀξύτητα. Οὐσίαι τῶν ὁποίων ἡ πυκνότης δὲν ποικίλλει, θὰ πρέπει νὰ ἐκκρίνωνται ὑφ' ὄλων τῶν κυττάρων, τὰ ὁποῖα σχηματίζουν τὸ γαστρικὸν ὑγρὸν εἰς τὴν αὐτὴν πυκνότητα.

Βάσει τῶν ἀνωτέρω ἀντιλήψεων ὑπελογίσθη, ὅτι ἡ ἀμιγῆς ἐκκρίσις τῶν τοιχωματικῶν κυττάρων συνίσταται εἰς 166 χιλιοστοῖσοδύναμα ($m \text{ Eq.}/l$) ἰόντα χλωρίου, 159 ἰόντα ὑδρογόνου καὶ 7 ἰόντα καλίου. Ἐρευνηταὶ τινες ἰσχυρίζονται, ὅτι ἡ τοιχωματικὴ ἐκκρίσις ἀποτελεῖται μόνον ἀπὸ HCl καὶ οὐχὶ ἀπὸ οὐδέτερον Cl . Δέον ὅμως νὰ ληθῆ ὑπ' ὄψιν, ὅτι τὸ ἀνώτατον τοῦτο ποσὸν δὲν ὑπάρχει ἐν τῷ γαστρικῷ ὑγρῷ λόγῳ καὶ τῶν ἄλλων ἐκκρίσεων. Πάντως, κατόπιν ἰσχυροῦ ἰσταμινικοῦ ἐρεθισμοῦ, ἢ εἰς ὀξύ πυκνότης τοῦ γαστρικοῦ ὑγροῦ φθάνει τὰ 150 χιλιοστοῖσοδύναμα.

Σημειωτέον ὅτι διάλυμα τῆς ὡς ἀνω συνθέσεως εἶναι ἰσο-ωσμωτικὸν μετὰ τοῦ αἵματος. Ἐάν πειραματικῶς ἀλλοιωθῇ ἡ ὡσμωτικὴ πίεσις τοῦ πλάσματος, ἢ τοιχωματικὴ ἐκκρίσις θὰ ὑποστῇ ἀναλόγως μεταβολάς. Τὸ γεγονός ὅτι ἡ ὡσμωτικὴ πίεσις τοῦ αἵματος καὶ τῆς τοιχωματικῆς ἐκκρίσεως εἶναι ἡ αὐτή, ὑποδηλοῖ ὅτι οὐδεμία ἐνέργεια ἀπαιτεῖται διὰ τὴν ἐξασφάλισιν τῆς ὡσμωτικῆς ταύτης ἐργα-

σίας. Θ' απαιτηθῆ τοιαύτη ἐνέργεια ὅταν πρόκειται νά υπερνικηθῆ ἡ γλοιώτης διὰ τῆς μεταφορᾶς ὕδατος ἐκ τοῦ αἵματος, καί τῆς ἐκκρίσεως ἐντὸς τῆς τοιχωματικῆς ἐκκρίσεως. Ἐπίσης θ' απαιτηθῆ τοιαύτη διὰ τὴν συμπίκνωσιν τοῦ ἰόντος Cl ἐκ τοῦ βαθμοῦ εἰς τὸν ὁποῖον εὐρίσκεται ἐν τῷ αἵματι εἰς τὸν βαθμὸν τῆς τοιχωματικῆς ἐκκρίσεως. Ἡ ἐνέργεια αὕτη ἐπέρχεται πιθανώτατα ἐκ τῆς ὀξειδώσεως τῆς γλυκόζης.

Ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἐκκρίσιν τῶν ἄλλων μὴ τοιχωματικῶν κυττάρων, αὕτη δὲν ἔχει ἀναλυθῆ, καί ἡ μόνη ἀξία λόγου χημικῆ ἀνάλυσις, ἣτις ποικίλλει εἰς σύνθεσιν, εἶναι ἡ ἀφορώσα τὴν μικτὴν ἐκκρίσιν τῶν ἄλλων τριῶν τύπων κυττάρων.

Τὸ κύριον ἐνζυμον τοῦ γαστρικοῦ ὑγροῦ εἶναι ἡ πεψίνη, τὴν ὁποίαν ἐκκρίνουν τὰ θεμέλια κύτταρα τοῦ σώματος τῶν ἀδένων τοῦ πυθμένου. Ὑπὸ μορφήν κρυσταλλικῆς πρωτεΐνης ἀπεμονώθη εἰς ἀδρανῆ πρόδρομος τῆς πεψίνης, τὸ πεψινογόνον. Πιθανώτατα τοῦτο ἀντιπροσωπεύει τὸ ἄμεσον προῖον ἐκκρίσεως τῶν θεμελίων κυττάρων τοῦ σώματος. Ἐν ἀντιθέσει πρὸς τὴν πεψίνη, τὸ πεψινογόνον εἶναι σχετικῶς ἀνθεκτικὸν εἰς τὰ ἀλκαλικά καί τὴν θερμότητα. Ἐὰν διαλύματα πεψινογόνου ὑπερβοῦν εἰς ὀξύτητα τὸ Ph, δι' αὐτοκαταλυτικῆς ἀντιδράσεως τὸ πεψινογόνον μετατρέπεται εἰς πεψίνη.

Ἡ πεψίνη ἔχει ἐπίσης ἀπομονωθῆ ὑπὸ μορφήν κρυσταλλικῆς πρωτεΐνης. Ἡ πεψίνη δρᾷ μόνον εἰς ὄξινον περιβάλλον καί δὲν προσβάλλει ἀδιακρίτως ὅλας τὰς ἀλύσεις τῶν πεπτιδῶν, ἀλλὰ μόνον ἐκείνας εἰς τὰς ὁποίας αἱ ὁμάδες ἀμινῶν συνδέονται μὲ ἀρωματικά ἀμινοξέα. Οὕτω, τὸ ἐνζυμον αὐτὸ δὲν ἐνδιαφέρει τὸ μοριακὸν μέγεθος τοῦ λευκώματος, ἀλλὰ ὁ χημικὸς σχηματισμὸς τῶν πεπτιδῶν. Διὰ τὴν πρωτεολυτικὴν δρᾶσιν τῆς πεψίνης τὸ ἀπαιτούμενον Ph εἶναι περὶ τὰ 2.

Ὅσον ἀφορᾷ τὴν βλένναν, αὕτη ἐκκρίνεται ὑφ' ὄλων τῶν κυττάρων, ἐμφανίζεται δὲ ὡς ὀρατὴ καὶ διαλελυμένη.

*
* *

Τὸ γαστρικὸν ὑγρὸν εἶναι τὸ μῆγμα τῶν διαφόρων ἐκκρίσεων τῶν κυττάρων τῶν ἀδένων τοῦ στομάχου, δηλαδή τῆς πεψίνης, βλέννης καί τῆς ὕδατοῦς διαλύσεως τοῦ ὀξέος. Περιέχει ἐπίσης τὴν πιτύαν, ὡς καὶ ἔν ἄσθενές λιπολυτικὸν ἐνζυμον, τὴν γαστρικὴν λιπάσιν. Ὁ κύριος ρόλος τοῦ γαστρικοῦ ὑγροῦ εἶναι νά διασπᾷ τὰς πρωτεΐνας εἰς μικροτέρας ὁμάδας ἀμινοξέων διὰ τῆς ἐπιδράσεως τοῦ HCl καί τῆς πεψίνης.

Τὸ HCl ἔχει ὡς κυρίαν πηγὴν τὸ NaCl τοῦ αἵματος. Ἀπὸ κλινι-

κῆς ἀπόψεως ὑπενθυμίζομεν, ὅτι εἰς περιπτώσεις στενώσεως τοῦ πυλωροῦ, ἐντερικῆς ἀποφράξεως, λόγω τῶν μεγάλων ἐμέτων παρατηρεῖται ἐλάττωσις τῶν χλωριούχων τοῦ αἵματος, ἐξ οὗ καί ἡ ἀπόλυτος ἐνδειξις ἐνδοφλεβίου χορηγήσεως ὑπερτονικοῦ χλωριούχου ὄρου.

Ἐν τῷ στομάχῳ ἡ πυκνότης τοῦ HCl ἐξαρτᾶται ἀπὸ πλείστους ὄσους παράγοντας: ἀπὸ τὴν πυκνότητα τῶν ἠλεκτρολυτῶν, ἀπὸ τὴν κατάστασιν ἀφυδατώσεως, ἢ, ἀντιθέτως, ἀπὸ τὴν ποσότητα τοῦ κατευθυνομένου πρὸς τὸν στόμαχον αἵματος, ἀπὸ τὴν ποσότητα τοῦ καταποθέντος ὕδατος, ἀπὸ τὴν ποσότητα διαφόρων ἐκκρίσεων τοῦ στομάχου ἢ τοῦ ἐντέρου, ἀπὸ τὴν ταχύτητα μεθ' ἧς κενοῦται ὁ στόμαχος, ὡς καὶ ἀπὸ τὴν ἐπίδρασιν τῶν πνευμονογαστρικῶν καὶ σπλαγχνικῶν νεύρων.



Σχέσεις HCl καὶ οὔρων: Κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς πέψεως ὡς καὶ μετὰ ταύτην, ὑπάρχει ἄμεσος σχέσις μετὰ τῆς ἀντιδράσεως τῶν οὔρων καὶ τῆς παρουσίας ἢ ἀπουσίας τοῦ HCl ἐν τῷ γαστρικῷ ὕγρῳ. Μὲ φυσιολογικὴν ἐκκρίσιν HCl, τὰ οὔρα ἔχουν ἀλκαλικὴν ἀντίδρασιν μετὰ τὸ γεῦμα. Ἡ ἔλλειψις τοιαύτης ἀντιδράσεως ὑποδηλοῖ ἀχλωρυδρίαν. Τὸ φαινόμενον τοῦτο δύναται νὰ χρησιμεύσῃ διὰ τὴν διαφορικὴν διάγνωσιν μετὰ τὴν γνησίαν καὶ ψευδοῦς ἀχυλίας.

Εἰς τὸ τέλος τῆς πέψεως παρατηρεῖται πτώσις τῆς καμπύλης τῆς ὀξύτητος τοῦ γαστρικοῦ ὕγρου. Τοῦτο ἀπεδόθη εἰς ἠύξημένην ἐκκρίσιν βλέννης, εἰς τὴν ἀναγωγὴν δωδεκαδακτυλικῶν ὕγρων, εἰς τὸν καταποθέντα σίελον κ.λ.π. Φαίνεται ὅμως ὅτι μετὰ τὸ γεῦμα ἐξαφανίζονται ἐκ τῆς κυκλοφορίας οἱ διάφοροι παράγοντες, οἵτινες προκαλοῦν τὴν ἐκκρίσιν, ἐπὶ πλέον δὲ παύει καὶ ὁ ἐρεθισμὸς τῶν πνευμονογαστρικῶν. Εἰς παθολογικὰς ἐπομένως συνεχεῖς ὑπερεκκρίσεις, ὑπεύθυνος παράγων εἶναι συνήθως ἡ ὑπερλειουργία τῶν νεύρων τούτων.



Ρόλος τοῦ ὑδροχλωρικοῦ ὀξέος: Ὁ ρόλος οὗτος εἶναι σημαντικός, ἀντισηπτικός καὶ ἰδίως βακτηριδιοκτόνος: φονεύει τὸν σταφυλόκοκκον, τὸν στρεπτόκοκκον, τὸ κολοβακτηρίδιον. Τοιοῦτοτρόπως εἰς ἄτομα μὲ φυσιολογικὴν ἐκκρίσιν HCl, τὸ περιεχόμενον τοῦ δωδεκαδακτύλου εἶναι στεῖρον μικροβίων. Εἰς περιπτώσεις ἀχλωρυδρίας καὶ ἀχυλίας ἐκαλλιεργήθησαν ἐκ τοῦ δωδεκαδακτύλου οἱ αὐτοὶ μικροργανισμοί, οἵτινες ἀνευρέθησαν εἰς τὰ ἐκκρίματα τοῦ στόματος, ῥίνος καὶ φάρυγγος.

Κατὰ μίαν διάτρησιν, λόγω τῆς ἐπερχομένης καταπληξίας (chole),

ἡ γαστρική ἔκκρισις ἀναστέλλεται, ἡ δὲ περιτονίτις ἐκδηλοῦται μετὰ τὴν ἡν ὥραν συνήθως, δηλαδὴ ὅταν τὸ δωδεκαδακτυλικὸν περιεχόμενον ἔχη κατακλυσθῆ ὑπὸ τῶν μικροβίων.

Ὅσον ἀφορᾷ τὴν πεψίνην, εἶπομεν ὅτι αὕτη ἐκκρίνεται ἀπὸ τὰ θεμέλια κύτταρα τοῦ σώματος καὶ εὐρίσκεται ἐντὸς τῶν ἀδένων ὑπὸ μορφήν πεψινογόνου, ὅπερ μεταβάλλεται εἰς πεψίνην τῇ ἐπιδράσει τοῦ HCl. Πρόκειται περὶ πρωτεολυτικοῦ ἐνζύμου, τὸ ὁποῖον δρᾷ ἐπὶ τῶν πρωτεϊνῶν εἰς κατάστασιν κατιόντων καὶ τὰς διασπᾷ εἰς διαλυτὰς πολυπεπτίδας.

Ἡ πιτύα εἶναι τὸ ἐνζυμον διὰ τοῦ ὁποῖου πήγνυται τὸ γάλα, ἐκκρίνεται δὲ πιθανώτατα καὶ αὕτη ὑπὸ τῶν αὐτῶν ἀδένων. Ἐάν ὅμως οἱ παλαιότεροι φυσιολόγοι ἀπέδιδον εἰς αὐτὴν μεγάλην σημασίαν, οἱ νεώτεροι ὄχι μόνον ἀρνοῦνται εἰς αὐτὴν τὸν ρόλον τοῦτον, ἀλλὰ καὶ αὐτὴν ταύτην τὴν ὕπαρξιν της. Πράγματι, εἰς τὸν ἐνήλικα φαίνεται ὅτι δὲν ὑπάρχει ἢ εἰς τελείως ἀσήμαντον ποσότητα, ἡ δὲ πῆξις τοῦ γάλακτος ἐξασφαλιζέται ὑπὸ τῆς πεψίνης.

Ἡ γαστρικὴ λιπάσις, ἀσθενὲς λιπολυτικὸν ἐνζυμον, δρᾷ εἰς μέσον ὀξινον περιβάλλον καὶ καταστρέφεται ὑπὸ τῶν ἀλκαλικῶν. Ἡ πρακτικὴ ἀξία της εἶναι μηδαμινὴ καὶ εἰς αὐτὰ ἀκόμη τὰ βρέφη.

Ἡ βλεννίνη εὐρίσκεται εἰς μεγάλην ποσότητα ἐντὸς τοῦ γαστρικοῦ ὕγρου. Ἐχει ὡς κυριώτερον σκοπὸν τὴν προστασίαν τοῦ βλεννογόνου τοῦ στομάχου ἀπὸ τραυματισμοῦ καὶ ἀναστέλλει τὴν πεπτικὴν ἐπίδρασιν. Ἐλάττωσις βλεννίνης παρατηρεῖται εἰς περιπτώσεις καθ' ἃς ἐλλείπει ἡ βιταμίνη Α, ὅποτε καὶ τὸ γαστρικὸν ἐπιθηλιον προσβάλλεται εὐκολώτερον. Παρατηρήθη ἐπίσης ἐλάττωσις αὐτῆς εἰς τὰ ἔλκη τοῦ δωδεκαδακτύλου. Ἡ προστατευτικὴ ἰδιότης αὐτῆς ἐπὶ τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου εὖρεν ἐφαρμογὴν ὡς θεραπευτικὸν μέσον τῶν ἐλκῶν.

Ἡ ποσότης τοῦ γαστρικοῦ ὕγρου ἀνέρχεται εἰς 600 περίπου κ. ἐκ. κατὰ γεῦμα καὶ 1500 κ. ἐκ. κατὰ 24ωρον. Ἐκτὸς τῶν προαναφερθέντων περιέχει NaCl, KCl, φωσφορικὸν Ca, ἄλατα μαγνησίου, ποσότητὰ τινὰ πολυμορφοπυρηνῶν. Ἡ διαπίδωσις αὕτη τῶν λευκοκυττάρων παρατηρεῖται κυρίως εἰς περιπτώσεις ὑποχλωρυδρίας.

Ἡ πέψις λαμβάνει χώραν ὑπὸ τὴν ἐπίδρασιν τῆς γαστρικῆς ἐκκρίσεως. Αἱ τροφαὶ ἐρχόμεναι εἰς ἐπαφὴν μετὰ τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου πέπτονται πρῶται: Τὸ γαστρικὸν ὕγρον προσβάλλει τὸ κρέας, τὸ ὁποῖον μετατρέπεται εἰς πεπτόνας καὶ εἰς πολυπεπτίδας,

πηγνύει τὸ γάλα, διαλύει τὴν καζεΐνην καὶ προσβάλλει τὸν συνδετικὸν ἰστόν. Τοιοῦτοτρόπως σχηματίζεται ὁ χυμὸς, μίγμα σακχάρου, λιπῶν, ἀμυλοειδῶν οὐσιῶν, τῶν ὁποίων μέρος μετατρέπεται εἰς σάκχαρον, χόρτων τῶν ὁποίων προετοιμάζεται ἡ διάσπασις τῆς κυτταρίνης, καὶ ἐκ λευκωματοειδῶν ἐν μέρει διαλελυμένων.

*
*
*

Ἐκτὸς τῶν ὡς ἄνω χημικῶν, οὕτως εἰπεῖν, λειτουργιῶν, ὁ στόμαχος ἔχει καὶ ἄλλας μεγίστης σπουδαιότητος, τὰς ὁποίας θέλομεν ἀπλῶς ὑπενθυμίσει.

Ἐπί τοῦ στόμαχος ἔχει ἄμεσον σχέσιν μετὰ τὸν σχηματισμὸν τῶν ἐρυθρῶν αἰμοσφαιρίων. Ἡ ἀχλωρυδρία καὶ ἡ ἀχυλία, καὶ σχεδὸν πάντοτε ἡ ἀτροφία τοῦ βλεννογόνου, συνοδεύουν τὴν κακοήθη ἀναιμίαν τύπου Biermer. Ὁ ρόλος τοῦ στομάχου εἰς τὴν παθογένειαν τῆς ἀναιμίας ταύτης διεπιστώθη τὸ πρῶτον τὸ 1928 ὑπὸ τοῦ Castle. Οὗτος, μετὰ τῶν συνεργατῶν του, παρετήρησεν, ὅτι, ὅταν ἐχορηγεῖτο εἰς ἄρρωστον πάσχοντα ἐκ κακοήθους ἀναιμίας, ἄνευ αὐτομάτου τάσεως πρὸς ἴασιν, τὸ περιεχόμενον τοῦ στομάχου φυσιολογικῶν ἀτόμων κατὰ τὴν πέψιν κρέατος, ἐπετύγχανεν αὐξήσιν τῶν ἐρυθρῶν αἰμοσφαιρίων καὶ τῶν δικτυοερυθροκυττάρων ἀνάλογον μετὰ τὴν παρατηρουμένην κατόπιν ἥπατοθεραπείας. Τὰ αὐτὰ ἀποτελέσματα ἐπετυγχάνοντο μετὰ τὴν χορήγησιν τοῦ προϊόντος 200 γρ. βοείου κρέατος, ὅπερ εἶχεν ὑποστῆ ἐπὶ τρίωρον εἰς θερμοκρασίαν 37° τὴν πέψιν ὑπὸ 150—200 κ. ἐκ. ἀνθρωπίνου ἢ χοιρίου γαστρικοῦ ὑγροῦ μετὰ Ph 2,5. Ἡ χορήγησις μόνου τοῦ γαστρικοῦ ὑγροῦ ἢ μόνου τοῦ βοείου κρέατος οὐδὲν ἀποτέλεσμα ἐπέφερον. Ὡς ἐκ τούτου ὁ Castle συνεπέρανεν, ὅτι ὁ ἀντιαναιμικὸς παράγων δὲν προϋπάρχει οὔτε εἰς τὸ γαστρικὸν ὑγρὸν, οὔτε εἰς τὸ κρέας, ἀλλὰ εἶναι τὸ ἀποτέλεσμα ἐπιδράσεως μιᾶς γαστρικῆς οὐσίας, τὴν ὁποίαν ὠνόμασεν ἐνδογενῆ παράγοντα ἢ αἰμογενάσιν καὶ μιᾶς ἄλλης οὐσίας προερχομένης ἐκ τοῦ βοείου κρέατος, τὴν ὁποίαν ὠνόμασεν ἐξωγενῆ παράγοντα ἢ αἰμογόνον. Διὰ διαφόρων ἄλλων πειραμάτων διεχώρισε τὸν ἐνδογενῆ τοῦτον παράγοντα, ὅστις διαφέρει τῆς πεψίνης, τῆς βλεννίνης ὡς καὶ τοῦ HCl. Ἡ ἐπίδρασις τοῦ συνθετικοῦ γαστρικοῦ ὑγροῦ (διάλυσις HCl, πεψίνης καὶ πιτύας) ἐπὶ τοῦ μυὸς τοῦ βοῦς οὐδένα παράγει ἀντιαναιμικὸν παράγοντα. Τούναντίον, ἐν οὐδετεροποιηθῆν γαστρικὸν ὑγρὸν, τοῦ ὁποίου κατεστράφησαν τὰ διάφορα ἔνζυμα, διατηρεῖ τὰς ἀντιαναιμικὰς ἰδιότητάς του. Ἡ ἰδιότης ἐπομένως αὕτη ὀφείλεται εἰς αὐτὸ τοῦτο τὸ γαστρικὸν ὑγρὸν καὶ οὐχὶ εἰς τὴν παρουσίαν σιέλου, χολῆς ἢ δωδεκαδακτυλικοῦ χυμοῦ. Τέλος

διεπιστώθη υπό τοῦ Castle ἡ ἀπουσία τοῦ παράγοντος τούτου εἰς τοὺς πάσχοντας ἐξ ἀναιμίας τύπου Biermer καὶ μόνον εἰς αὐτούς, ἀκόμη καὶ ὅταν, εἰς σπανίας περιπτώσεις, ὑφίσταται σχετικῶς ὁ παράγων HCl - πεψίνη. Ἀντιθέτως ὁ παράγων οὗτος ὑπάρχει εἰς τοὺς ἀναιμικοὺς καὶ τοὺς ἀχυλικούς, τοὺς μὴ πάσχοντας ἐκ τῆς νόσου τοῦ Biermer.

Ὁ παράγων οὗτος ἐκκρίνεται, κατὰ τὸν Meulengracht, ἀπὸ τοὺς ἀδένας τοῦ πυλωροῦ καὶ τοῦ δωδεκαδακτύλου. Ὁ αὐτὸς ἐνδογενῆς παράγων ἀνευρέθη καὶ εἰς ὀλόκληρον τὸ λεπτόν ἔντερον, ἀκόμη καὶ εἰς τὸ παχύ. Εἴτε ὅμως ὁ ἐνδογενῆς οὗτος παράγων σχηματίζεται κυρίως ὑπὸ τοῦ στομάχου—δωδεκαδακτύλου εἴτε κυρίως ὑπὸ τοῦ λεπτοῦ ἔντερου, ὡς ἄλλοι ἰσχυρίζονται, θὰ πρέπη ὅπωςδῆποτε ν' ἀφομοιωθῇ συγχρόνως μετὰ τοῦ ἐξωγενοῦς ὑπὸ τοῦ ἔντερου, ὁ ρόλος τοῦ ὁποίου εἶναι ἀναμφισβήτητος. Σήμερον, ἐξ ἄλλου, παραδέχονται ὅτι ὁ ἐνδογενῆς παράγων διευκολύνει τὴν διείδυσιν τῆς βιταμίνης B₁₂ ἐντὸς τῶν κυττάρων τοῦ πεπτικοῦ σωλήνος καὶ ἐν συνεχείᾳ ἐν τῷ πλάσματι.

Ἐάν ὁ ἐνδογενῆς παράγων ἐσχηματίζετο μόνον εἰς τὸν στόμαχον, θὰ ἔπρεπε μετὰ μίαν ὑφολικὴν ἢ ὀλικὴν γαστρεκτομὴν νὰ ἔχωμεν ὡς ἐπιπλοκὴν μίαν κακοήθη ἀναιμίαν. Αὕτη ὅμως παρατηρεῖται σπανιώτατα. Ἐκεῖνο ὅμως τὸ ὁποῖον παρατηροῦμεν συχνὰ εἶναι ἡ μικροκυτταρική ὑπόχρωμος ἀναιμία. Ἀλλὰ καὶ αὕτη δὲν δύναται νὰ θεωρηθῇ ὡς τὸ ἀποτέλεσμα τῆς γαστρεκτομῆς, ἀλλὰ ὀφείλεται πιθανώτατα εἰς ἐλαττωματικὴν ἀπορρόφησιν τοῦ σιδήρου. Πράγματι, ὁ σίδηρος ἀπορροφᾶται ἐν τῷ ἔντέρῳ ὑπὸ μορφήν ὀργανικὴν διὰ τοὺς μέν, μεταλλικὴν διὰ τοὺς δέ. Τὰ ἄλατα σιδήρου, εἰς τὸν ἄνθρωπον τοῦλάχιστον, ὡς ὑφιστάμενα τὴν ἰόντως εἰς ὄξινον περιβάλλον, ἀφομοιοῦνται ἐντὸς τοῦ στομάχου πρὸ τῆς ἀπορροφήσεώς των ἐν τῷ δωδεκαδακτύλῳ καὶ εἰς τὸ ἄνω τμήμα τοῦ λεπτοῦ ἔντερου. Ἡ ἡμερησία ἀνάγκη εἰς σίδηρον ἀνέρχεται εἰς 25 ἕως 50 χιλ. Δεδομένου ὅτι ἡ ἀπεκκρινόμενη ποσότης σιδήρου εἶναι ἐλάχιστη καὶ χρησιμοποιεῖται ἐκ νέου διὰ τὴν κατασκευὴν τῆς νέας αἰμοσφαιρίνης, ἡ ἀναγκαία ποσότης τούτου θὰ προέρχεται κυρίως ἐκ τῶν τροφῶν. Ἀπὸ τὴν ἰόντως εἰς ἡμᾶς ὅμως ἐξαρτᾶται καὶ ἡ ἀπορρόφησις, δεδομένου ὅτι μόνον αἱ ὑποστασι εἰς αἱ ἐπιδεχόμεναι τὴν ἰόντως εἰς οὐσίαι θὰ ἐπιτρέψουν εἰς τὸν ὀργανισμόν τὸν σχηματισμὸν τῆς αἰμοσφαιρίνης. Ἐξ οὗ καὶ ὁ μέγας ρόλος τοῦ στομάχου καὶ τῆς ἐκκρίσεώς του εἰς τὴν μετατροπὴν τοῦ σιδήρου εἰς αἰμοσφαιρίνην. Εἰς παθολογικὰς καταστάσεις ἢ χορηγηθησομένη ποσότης σιδήρου δεόν νὰ εἶναι πολὺ μεγαλυτέρα τῆς ὑπὸ τῶν τροφῶν προσφερομένης.

Τὸ γαστρικὸν ὑγρὸν εἶναι ἀπαραίτητον διὰ τὴν ἀπορρόφησιν τοῦ ἀσβεστίου καὶ τοῦ φωσφόρου ἐν τῷ ἐντέρω. Ἡ ἔλλειψις HCl ἐμποδίζει τὴν τοιαύτην ἀπορρόφησιν. Πειραματικῶς ἔχει ἀποδειχθῆ, ὅτι ὅταν ἐκτελεῖται γαστρεκτομὴ εἰς μικρὰ τὴν ἡλικίαν ζῶα, προκαλεῖται ἀραίωσις τῶν ὀστέων ὡς καὶ αὐτόματα κατάγματα, ἅτινα συμβαδίζουν μὲ ἐλάττωσιν τοῦ ἀσβεστίου καὶ διόγκωσιν τῶν παραθυροειδῶν ἀδένων. Ἀλλὰ καὶ εἰς τὸν ἄνθρωπον, κατόπιν γαστρεκτομῆς, ἔχουν παρατηρηθῆ ἀφαλατώσεις ἀφορώσαι κυρίως τοὺς σπονδύλους.

ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΕΚΚΡΙΣΙΣ

Ὁ ἐρεθισμὸς τῶν πνευμονογαστρικῶν νεύρων προκαλεῖ μεγάλην ἔκκρισιν γαστρικοῦ ὑγροῦ πλουσίου εἰς HCl καὶ πεψίνη. Ὁ ἐρεθισμὸς ἐξ ἄλλου τοῦ συμπαθητικοῦ προκαλεῖ, κυρίως ἐκ τῶν πυλωρικῶν ἀδένων, ἔκκρισιν ἐνὸς ἀλκαλικοῦ βλενώδους ὑγροῦ, ἀσθενοῦς πεπτικῆς ἰσχύος. Ἡ ἔκκρισις αὕτη δὲν ἐπηρεάζεται ἀπὸ τὴν ἀτροπίνην, ἀναστέλλεται ὅμως μὲ τὴν ἐργοταμίνην, ἥτις παραλύει τοὺς κινητικοὺς κλάδους, ἀλλὰ καὶ τοὺς τῆς ἐκκρίσεως τοῦ συμπαθητικοῦ.

Εἶναι γνωστὸν ὅτι, διὰ τὸν ἐρεθισμὸν τῶν ἀδένων τοῦ στομάχου, ἥτοι διὰ τὴν ἔκκρισιν τοῦ γαστρικοῦ ὑγροῦ, δὲν εἶναι ἀπαραίτητος ἡ παρουσία τροφῶν ἐντὸς τοῦ στομάχου. Ἡ ἀπλῆ καὶ μόνη παρουσία τροφῶν ἐντὸς τοῦ στόματος προκαλεῖ ἄφθονον ἔκκρισιν, ἣν προκαλεῖ καὶ ὁ ἐρεθισμὸς τῶν πνευμονογαστρικῶν. Ἡ πρώτη αὕτη φάσις εἶναι γνωστὴ ὡς ψυχικὴ ἢ κεφαλικὴ φάσις τῆς γαστρικῆς ἐκκρίσεως.

Ἡ παρουσία, ἐξ ἄλλου, τροφῶν ἐντὸς τοῦ στομάχου ἐρεθίζει τοὺς ἀδένας τούτου, καὶ ὅταν ἀκόμη ἀποκοποῦν ὅλα τὰ νεῦρα ἐκεῖνα, τὰ ὁποῖα συνδέουσι τὸν στόμαχον μὲ τὸ κεντρικὸν νευρικὸν σύστημα. Ἡ ἔκκρισις αὕτη, ἡ προκαλουμένη ἀπὸ ἐνδογαστρικὸν αἷτιον, ἀποτελεῖ τὴν δευτέραν φάσιν τῆς γαστρικῆς ἐκκρίσεως. Αὕτη εἶναι ἡ γαστρικὴ ἢ χημικὴ φάσις.

Ἐκκρίσις γαστρικοῦ ὑγροῦ προκαλεῖται ὡσαύτως ἀπὸ ἐντερικὴν ἐπίδρασιν, εὐθὺς ὡς ἤθελον εἰσελθεῖν ἐντὸς αὐτοῦ αἱ τροφαί. Ἐχομεν οὕτω τὴν τρίτην φάσιν τῆς γαστρικῆς ἐκκρίσεως, τὴν λεγομένην ἐντερικὴν φάσιν.

Εἰς ταύτας δεόν νὰ προσθέσωμεν καὶ ἑτέραν φάσιν, τὴν φάσιν ἐνδιάμεσου πεπτικῆς ἐκκρίσεως (Interdigestive secretion).

Ἐνδιάμεσος πεπτικὴ περίοδος ἐκκρίσεως. Ἀπουσίᾳ κάθε ἐρεθισμοῦ ὑπάρχει ἔκκρισις ὑδροχλωρικοῦ ὀξέος; Ἐάν διὰ μονίμου καθετηριασμοῦ εἰς νῆστιν στόμαχον ἐξετάζωμεν συνεχῶς τὸ γαστρικὸν

ύγρον, θά εὔρωμεν ὅτι τοῦτο περιέχει ἐλευθερον HCl . Σπανίως θά παρατηρηθῇ ἡ ἀπουσία τούτου εἰς περιπτώσεις καθ' ἃς κατόπιν ἐνέσεως Ισταμίνης θά ἔχωμεν HCl . Ἡ ποσότης καί ἡ ὀξύτης τοῦ ὑγροῦ κατὰ τὴν περίοδον ταύτην ποικίλλει ἀπὸ ἀτόμου εἰς ἄτομον. Πάντως δύναται νὰ βεβαιωθῇ, ὅτι ὁ φυσιολογικὸς στόμαχος ἐκκρίνει περιδικῶς HCl κατὰ τὴν περίοδον τῆς νηστείας. Τὸ ἀναρροφούμενον γαστρικὸν ὑγρὸν κατὰ τὴν περίοδον τῆς νηστείας δὲν εἶναι ἀμιγῆς γαστρικῆ ἐκκρίσις, ἀλλὰ περιέχει καί ἄλλας ἐκκρίσεις, ὅπως σίελον, παγκρεατικά καί ἐντερικά ὑγρά, χολήν.

Καί δι' ἄλλους μὲν ἡ ἐκκρίσις αὕτη εἶναι συνεχῆς, δι' ἄλλους ὅμως διαλείπουσα. Ἄλλὰ καί τὰ αἷτια τῆς ἐκκρίσεως ταύτης παραμένουν ἄγνωστα. Ὁ ἀνθρώπινος στόμαχος ἐκκρίνει αὐτομάτως ἢ ἡ ἐκκρίσις αὕτη ὀφείλεται εἰς ἐξωγενεῖς παράγοντας, ἱκανοὺς νὰ προκαλέσουν ἐκκρίσιν γαστρικοῦ ὑγροῦ εἰς κενὸν στόμαχον; Καί ἐάν οἱ ἄνω ἐξωγενεῖς παράγοντες ἀποκλεισθοῦν, δύναται ἡ ἐκκρίσις αὕτη ν' ἀποδοθῇ εἰς ἐπίδρασιν ἐνδογενῶν παραγόντων; Καί εἰς τὰ δύο ταῦτα ἐρωτήματα δὲν εἶναι δυνατόν νὰ δοθῇ σαφῆς ἀπάντησις. Ἐν μέρει δύναται νὰ λεχθῇ, ὅτι ἡ ἐκκρίσις αὕτη εἶναι ἀνεξάρτητος ἐρεθισμάτων ἐκ τοῦ παρασυμπαθητικοῦ. Ὅσον ἀφορᾷ τὴν αὔξησιν τῆς ἐκκρίσεως κατὰ τὴν περίοδον ταύτην, φαίνεται ὅτι αὕτη συγχρονίζεται μὲ τὴν κινητικότητα τοῦ κενοῦ στομάχου, τὴν ἐξαρτωμένην ἐκ τῆς πείνης καί ὅτι ὁ αὐτὸς ἐνδογενῆς παράγων ἐλέγχει καί τὴν ἐκκρίσιν καί τὴν κινητικότητα.

ΨΥΧΙΚΗ ἢ ΚΕΦΑΛΙΚΗ ΦΑΣΙΣ ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΙΚΗΣ ΕΚΚΡΙΣΕΩΣ

Ἡ ψυχικὴ ἐκκρίσις τοῦ γαστρικοῦ ὑγροῦ εἰς τοὺς κύνας ἐμελετήθη τὸ πρῶτον ὑπὸ τοῦ Pawlow. Τὰ πειράματά του εἶναι τόσον κλασσικά, ὥστε νὰ περιττεῦθῃ ἐκ μέρους μας κάθε περιγραφή των.

Ὅσον ἀφορᾷ τὸν ἀνθρώπον, παρατηρήσεις καί πειράματα τῶν Bidder καί Schmidt, Richet, Carlson κ.λ.π. ἀπέδειξαν, ὅτι ἡ θέα, ἡ ὄσμη, ἡ γεῦσις τροφῶν, προκαλοῦν ἐκκρίσιν τῶν γαστρικῶν ἀδένων, ἀρκεῖ τὸ ἄτομον νὰ ἔχη ὄρεξιν. Ἀκόμη καί εἰς ἄτομα διατελοῦντα ἐν ὑπνώσει, ἢ ὑποβολῇ ὅτι τρώγουν εὐγευστον τροφήν προκαλεῖ ἄφσονον ἐκκρίσιν γαστρικοῦ ὑγροῦ. Ἐντὸς 20 περίπου λεπτῶν ἡ ψυχικὴ ἐπίδρασις προκαλεῖ ἐκκρίσιν 50 ἕως 150 κ. ἐκ. Τὸ γαστρικὸν τοῦτο ὑγρὸν περιέχει ὅλα τὰ στοιχεῖα τὰ ἐκκρινόμενα ὑπὸ τῶν ἀδένων, ἥτοι περιέχει ἄφθονον HCl , μεγάλην ποσότητα πεψίνης καί ἀφθονοτάτην βλένναν.

Ἐχομεν ἤδη ἀναφέρει τὰ πειράματα τὰ γενόμενα ἐπὶ ἀρρώστων φερόντων τραυματικῶν ἢ ἐγχειρητικῶν γαστρικῶν συρίγγιον. Οἱ Wolf

καί Wolff, τὰ τελευταῖα ἔτη, ἐμελέτησαν τὴν ψυχικὴν ἐπίδρασιν ὄχι μόνον ἐπὶ τῆς γαστρικῆς ἐκκρίσεως, ἀλλὰ καὶ τὰς ἀλλοιώσεις ἃς παρουσιάζει ὁ βλεννογόνος τοῦ στομάχου ὑπὸ τὴν ἐπίδρασιν διαφόρων ψυχικῶν συναισθημάτων, ὅπως ἡ ὀργή, ἡ λύπη, ἡ χαρά, ἡ ουγκίνησις, ὁ φόβος, ἡ ἀγωνία, τὸ ἄγχος κ.λ.π.

Ἐκ τῶν γενομένων παρατηρήσεων διὰ γαστροσκοπίου εἰσαχθέντος μέσῳ τοῦ συριγγίου, διεπιστώθη ὅτι ἡ δυσανασχέτησις, ἡ ἐχθρότης, ἡ ὀργή, ἡ ἀγωνία, προκαλοῦν ὑπερέκκρισιν, τοπικὴν συμφορῆσιν τοῦ βλεννογόνου, ἀκόμη καὶ ἐπιπολῆς ἐξελκώσεις. Ἀντιθέτως, ἡ μελαγχολία, ἡ ἀπογοήτευσίς κ.λ.π., προκαλοῦν ἀναίμιαν τοῦ βλεννογόνου καὶ ἐλάττωσιν τῆς ἐκκρίσεως.

Γνωρίζομεν ἐξ ἄλλου, ὅτι ἐρεθισμοὶ τινες εἰς ὠρισμένον μῆμα τοῦ ἐγκεφάλου προκαλοῦν ὑπερέκκρισιν, ὑπερκινητικότητα καὶ ὑπερτονίαν, ἰδίως παρὰ τὸν πυλωρόν. Ἔντονοι συσπάσεις τοῦ μυϊκοῦ τοιχώματος τοῦ στομάχου, συμπληρούμεναι πιθανῶς ὑπὸ τοπικῶν σπασμῶν τῶν τελικῶν ἀρτηριῶν, δημιουργοῦν μικρὰς ἰσχαιμικὰς ζώνας ἢ αἱμορραγικὴν ἔμφραξιν, ὅποτε ὁ γαστρικὸς βλεννογόνος μένει ἐκτεθειμένος εἰς τὴν πεπτικὴν ἐπίδρασιν τῶν ὀξίνων γαστρικῶν ὑγρῶν. Συνεχεῖς ψυχικαὶ διεγέρσεις προκαλοῦν τοιαύτας τοπικὰς λειτουργικὰς διαταραχὰς, αἱ ὁποῖαι δυνατόν νὰ καταλήξουν εἰς τὴν δημιουργίαν ἔλκους.

Αἱ ἀντιλήψεις αὗται, δηλαδὴ τῆς ψυχικῆς ἐπιδράσεως ἐπὶ τοῦ στομάχου, εὔρον καὶ τὴν πρακτικὴν τῶν ἐφαρμογῶν ὑπὸ τύπον χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως. Πράγματι, τὸ 1944, ὁ Ἀμερικανὸς Dragstedt, ἐπαναλαμβάνει καὶ συμπληρῶνει παλαιότερας ἐργασίας γενομένας τὸ 1912 καὶ κυρίως τὸ 1922 ὑπὸ τῶν Γάλλων Latarjet καὶ Wertheimer. Ὁ Dragstedt, βασιζόμενος ἀκριβῶς εἰς τὸ ὅτι διάφορα ψυχικὰ συναισθήματα μεταβιβάζονται διὰ τῶν πνευμονογαστρικῶν εἰς τὸν στόμαχον, εἰς τὸ γεγονός ἐπίσης ὅτι ἡ ὑπερκινητικότης εἶναι σύνηθες φαινόμενον εἰς τοὺς ἐλκοπαθεῖς καὶ τέλος, ὅτι εἰς κενὸν στόμαχον ἡ ἐκκρίσις τοῦ γαστρικοῦ ὑγροῦ εἶναι συνεχῆς καὶ ἠϋξημένη, ἰδίως τὴν νύκτα, ὡς ἐπηρεαζομένη ὑποσυνειδήτως ἀπὸ ψυχικῶν ἐρεθισμῶν, προβαίνει, ἀντὶ τῆς γαστρεκτομῆς, εἰς τὴν διατομὴν τῶν δύο πνευμονογαστρικῶν, ἀποκόπτων οὕτω τὴν ὁδὸν ἐπικοινωνίας μεταξὺ στομάχου καὶ ἐγκεφάλου. Τοιοῦτοτρόπως, ὡς θὰ ἴδωμεν, ἐνῶ ἡ γαστρεκτομὴ καταργεῖ κατὰ τὸ μᾶλλον ἢ ἥττον τὴν χημικὴν φάσιν τῆς γαστρικῆς ἐκκρίσεως, ἡ τελεία διατομὴ τῶν πνευμονογαστρικῶν καταργεῖ τὴν πρῶτην φάσιν, δηλαδὴ τὴν ψυχικὴν ἢ κεφαλικὴν.

ΓΑΣΤΡΙΚΗ Ή ΧΗΜΙΚΗ ΦΑΣΙΣ ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΙΚΗΣ ΕΚΚΡΙΣΕΩΣ

Παρουσία τροφών εντός του στομάχου ή έκκρισις του γαστρικού υγρού εξακολουθεῖ ἐπὶ χρονικὸν διάστημα κατὰ πολὺ μεγαλύτερον τοῦ τῆς ψυχικῆς φάσεως.

Εἰς τί ὀφείλεται ἡ δευτέρα αὕτη φάσις; Πρόκειται περὶ μηχανικοῦ ἢ χημικοῦ ἐρεθισμοῦ;

Κατόπιν διαφορῶν πειραμάτων, τὰ ὁποῖα χρονολογοῦνται ἀπὸ τῆς ἐποχῆς τοῦ Ρανlow, ὁ μηχανικὸς παράγων, εἰς τὰ ζῶα τούλαχιστον, δὲν φαίνεται νὰ προκαλῆ τοιαύτην ἔκκρισιν. Τελευταίως οἱ Ivy καὶ Farrel ἀπέδειξαν, ὅτι ὁ μηχανικὸς παράγων δύναται νὰ προκαλέσῃ ἕνα μικροῦ βαθμοῦ ἐρεθισμὸν τῶν ἀδένων, ἰδίως ὅταν προκαλῆται μεγάλη διάτασις τοῦ στομάχου. Ἡ ποσότης ὅμως τῆς οὕτω προκαλουμένης ἐκκρίσεως εἶναι σχεδὸν ἀσήμαντος, ὥστε νὰ μὴ λαμβάνεται ὑπ' ὄψιν.

Ὁρισμένοι ὅμως οὐσίαι, ὅταν ἔλθουν εἰς ἐπαφὴν μετὰ τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου, ἐνισχύουν τὴν πυλωρικὴν ἔκκρισιν. Ὁρισμένοι τροφαί, ὅπως ὁ ἄρτος καὶ τὸ κρέας, αἱ ὁποῖαι δὲν δύναται νὰ ἔχουν διαφορετικὴν μηχανικὴν ἐπίδρασιν ἐπὶ τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου, προκαλοῦν μολαταῦτα διάφορον εἰς ποσότητα καὶ ποιότητα ἔκκρισιν. Οὕτως ὁ ἄρτος δὲν ἐρεθίζει τοὺς γαστρικοὺς ἀδένας, ἐνῶ τούναντίον τὸ κρέας προκαλεῖ ἄφθονον ἔκκρισιν. Φαίνεται ἐπομένως ὅτι ἡ διάφορος αὕτη ἐπίδρασις ὀφείλεται εἰς χημικὸν αἴτιον, ἐξαρτώμενον ἐκ τῶν εἰς τὸ κρέας περιεχομένων διαφορῶν συστατικῶν. Ἐξητάσθη ἐπομένως ἡ ἐπίδρασις ἐκάστου τούτων.

Ἐὰν ἐξαιρέσῃ τις τὰ ἐκχυλίσματα τοῦ κρέατος, οὐδὲν ἄλλο ἔσχεν οἰανδήποτε ἐπίδρασιν. Ἡ τέφρα τοῦ κρέατος δὲν προκαλεῖ ἔκκρισιν. Ἐπίσης τὸ ὕδωρ εἰς τὰ ζῶα, ἐνῶ εἰς τὸν ἀνθρώπινον στόμαχον προκαλεῖ ἔκκρισιν. Τὸ λεύκωμα, ὅπως τὸ ἀφυδατωμένον τοῦ ῥοῦ, εἶναι ἀδρανές. Ἄφθονον ἔκκρισιν προκαλοῦν ὁ ζυμὸς κρέατος καὶ ἀνάλογα παρασκευάσματα, ὡς ἐπίσης καὶ τὰ διάφορα προϊόντα πέψεως.

Αἱ κυριώτεραι οὐσίαι, αἵτινες προκαλοῦν τὴν γαστρικὴν ἔκκρισιν, ἐρχόμεναι εἰς ἐπαφὴν μετὰ τὸν γαστρικὸν βλεννογόνον, εἶναι αἱ ἑξῆς: Ὑδωρ, ἐκχυλίσματα κρέατος καὶ χόρτων, πεπτόναι, γλυκόζη, σάπων, γαλακτικὸν ὄξύ, βουτυρικὸν καὶ ὀξεικὸν ὄξύ, σίελος, παγκρεατικὸν ὑγρὸν, χολή, CO₂, διαλύματα NaCl, διαλύματα Na₂CO₃, οἰνόπνευμα καὶ ἰσταμίνη.

Ἴνα αἱ ὡς ἄνω οὐσίαι προκαλέσουν ἔκκρισιν, πρέπει νὰ ἔλθουν ἀπαραιτήτως εἰς ἐπαφὴν μετὰ τοῦ πυλωρικοῦ βλεννογόνου.

Ὁ χημικός καὶ μηχανικός ἐρεθισμός τοῦ βλεννογόνου τοῦ πυθμένος καὶ τοῦ σώματος τοῦ στομάχου εἶναι ἀνεπαρκής.

Κατὰ ποῖον ὁμως μηχανισμόν προκαλεῖται ἡ ὡς ἄνω ἔκκρισις καὶ πῶς ἐκ τῆς ἐπιφανείας τοῦ πυλωρικοῦ βλεννογόνου μεταδίδεται ὁ ἐρεθισμός εἰς τοὺς ἀδένας;

Ὑπεστηρίχθησαν πολλαὶ ἀπόψεις, αἱ κυριώτεραι τῶν ὁποίων εἶναι αἱ ἑξῆς : α) δι' ἀμέσου ἐρεθισμοῦ τῶν κυττάρων, β) δι' ἐρεθισμοῦ τῶν νεύρων τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου μέσῳ κεντρικοῦ ἀντανεκλαστικοῦ, γ) δι' ἀπορροφήσεως τῶν προϊόντων αὐτῶν καὶ μεταφορᾶς των διὰ τῆς κυκλοφορίας ἐντός τῶν ἀδένων, δ) διὰ τοῦ τοπικοῦ νευρικοῦ πλέγματος τοῦ γαστρικοῦ τοιχώματος, ε) διὰ τῆς ἀπελευθερώσεως μιᾶς ὁρμόνης ἕκ τινος τμήματος τοῦ βλεννογόνου καὶ ἥτις θέλει χρησιμεύσει ὡς τὸ τελικόν ἐρέθισμα.

Ἐξ ὅλων τῶν ἀνωτέρω ὑποθέσεων θά μελετήσωμεν τὴν τελευταίαν, δηλαδή τὴν ὁρμονικὴν θεωρίαν τῆς γαστρικῆς ἐκκρίσεως.

Πράγματι, ἀπὸ τοῦ 1906, ὁ Edkins ὑπεστήριξεν, ὅτι μερικαὶ τροφαὶ εἶναι ἱκαναὶ νὰ προκαλέσουν ἔκκρισιν γαστρικοῦ ὑγροῦ ἐνισχύουσαι τὸ πυλωρικόν ἄντρον εἰς τὸ ν' ἀποστείλῃ ἐντός τῆς κυκλοφορίας μίαν ὁρμόνην, ἥτις ἐπιδρᾷ ἐπὶ τῶν ἀδένων τοῦ στομάχου. Ἀλλὰ καὶ ἡ ὑποδόριος χορήγησις ὀξίνων ἐκχυλισμάτων τοῦ πυλωρικοῦ βλεννογόνου προκαλεῖ γαστρικὴν ἔκκρισιν. Ἡ ὁρμόνη αὕτη ὠνομάσθη ὑπὸ τοῦ Edkins γαστρίνη. Ταχέως ὁμως ἀπεδείχθη, ὅτι ἡ γαστρίνη αὕτη ὑπῆρχε καὶ εἰς τὸν βλεννογόνον τοῦ πυθμένος τοῦ στομάχου, ἀλλὰ καὶ εἰς ἄλλους ἰστούς τοῦ σώματος. Τελικῶς, μεταγενέστεραι ἐργασίαι ἀπεκάλυψαν, ὅτι ἡ οὐσία αὕτη ἦτο ἡ ἱσταμίνη, ἥτις ὡς γνωστὸν προκαλεῖ μεγίστην ἔκκρισιν.

Ἐκτοτε πολλαὶ ἐργασίαι ἀσχολοῦνται μὲ τὸ κατὰ πόσον ἡ γαστρίνη καὶ ἡ ἱσταμίνη εἶναι μία καὶ ἡ αὐτὴ οὐσία. Ὁ Komarov παρεσκεύασεν ἐκ τοῦ πυλωρικοῦ βλεννογόνου μίαν οὐσίαν μὴ περιέχουσαν ἱσταμίνην καὶ ἥτις χορηγουμένη ἐνδοφλεβίως, εἰς τὰ ζῶα, προκαλεῖ ἄφθονον ἔκκρισιν HCl μὲ ἠλαττωμένην ὁμως πεψίνην. Κατὰ πᾶσαν πιθανότητα ἡ γαστρικὴ ὁρμόνη εἶναι ἡ ἱσταμίνη καὶ τὰ ἐκχυλίσματα τῆς γαστρίνης ὀφείλουσιν τὴν δρᾶσιν των εἰς τὴν παρουσίαν μιᾶς πρωτεΐνης, ἥτις ἀπελευθερώνει τὴν ἱσταμίνην ἐκ τῶν ἰστών. Μολταυτα καὶ ἡ ἀποψις αὕτη δὲν γίνεται ἀπὸ ὅλους παραδεκτῆ, δεδομένου ὅτι τὸ γαστρικόν ὑγρὸν, τὸ ὁποῖον παράγεται κατόπιν ἐνέσεως ἱσταμίνης, διαφέρει τοῦ φυσιολογικοῦ γαστρικοῦ ὑγροῦ. Τὸ γεγονὸς εἶναι, ὅτι ἡ παρουσία ὠρισμένων τροφῶν καὶ ἡ ἐπαφή των μετὰ τοῦ πυλωρικοῦ βλεννογόνου ἀπελευθερώνει μίαν «ὁρμόνην», ἥτις ἐρεθίζουσα τοὺς ἀδένας προκαλεῖ τὴν ἔκκρισιν τοῦ γαστρικοῦ ὑγροῦ.

ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΦΑΣΙΣ ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΙΚΗΣ ΕΚΚΡΙΣΕΩΣ

Τὰ προϊόντα τῆς γαστρικῆς πέψεως, ἅμα τῇ ἀφίξει των ἐντὸς τοῦ δωδεκαδακτύλου, δροῦν ὡς χημικὰ ἐρεθίσματα τῆς γαστρικῆς ἐκκρίσεως. Ἡ ἔκκρισις αὕτη συνεχίζεται ἐπὶ 3 ἕως 9 ὥρας. Ὁ μῆχος, νισμὸς εἶναι καὶ ἐδῶ ὁρμονικῆς φύσεως καὶ ἀνάλογος πρὸς ἐκεῖνον, ὅστις προκαλεῖ τὴν γαστρικὴν φάσιν τῆς ἐκκρίσεως. Ὁ μηχανικὸς παράγων, ὅπως μία ἐλαφρὰ διάτασις, δὲν ἐπιδρᾷ ἐπὶ τῆς ἐκκρίσεως. Μεγάλη διάτασις ἢ ἐρεθισμὸς τοῦ ἐντέρου προκαλεῖ ἀρχικῶς, καὶ πιθανώτατα ἀντανακλαστικῶς, ἀναστολὴν τῆς ἐκκρίσεως. Ὁ περαιτέρω τραυματισμὸς τοῦ ἐντερικοῦ βλεννογόνου δυνατὸν νὰ προκαλέσῃ ἔκκρισιν πιθανώτατα λόγω ἐκλύσεως ἰσταμίνης.

*
**

Εἶναι γνωστὸν, ὅτι λιπαρὸν γεῦμα ἐπιβραδύνει τὴν κένωσιν τοῦ στομάχου. Πειραματικῶς ἀπεδείχθη εἰς τὸν ἄνθρωπον, ὅτι, ὅταν τὸ ποσοστὸν τῶν εἰς τὸ γεῦμα περιεχομένων λιπῶν ὑπερβαίῃ τὰ 10%, αἱ κινήσεις τοῦ στομάχου ἀναστέλλονται, ἢ κένωσις ἐπιβραδύνεται, ἐφ' ὅσον δὲ ταῦτα παραμένουν ἐντὸς τοῦ στομάχου, δὲν ἀναστέλλουν τὴν ἔκκρισίν του. Διεπιστώθη ὡσαύτως ὅτι τὰ λίπη δροῦν ἀφοῦ διέλθουν τὸν πυλωρὸν. Τὰ ἐντὸς τοῦ ἐντέρου λίπη ἀναστέλλουν ὄχι μόνον τὴν γαστρικὴν κινητικότητα, ἀλλὰ καὶ τὴν γαστρικὴν ἔκκρισιν, ἀκόμη καὶ ὅταν διακοπῇ, διὰ διατομῆς τῶν πνευμονογαστρικῶν, κάθε νευρικὴ ἐπικοινωνία μεταξὺ στομάχου καὶ ἐντέρου. Τοιοῦτοτρόπως ἡ ἀναστολή αὕτη δὲν ὀφείλεται εἰς μετάδοσιν ἑνὸς ἀντανακλαστικοῦ ἐκ τῆς ἐπιφανείας τοῦ ἐντέρου πρὸς τοὺς ἀδένας καὶ μὺς τοῦ στομάχου. Ἡ ἀνασταλτικὴ αὕτη ἰδιότης τοῦ λίπους δὲν ὀφείλεται οὔτε εἰς τὴν ἀπορρόφησιν τῶν προϊόντων πέψεως τοῦ λίπους. Ἡ ἐπαφὴ τῶν μὴ ὑποστάντων τὴν πέψιν λιπῶν μετὰ τοῦ ἄνω τμήματος τοῦ λεπτοῦ ἐντέρου προκαλεῖ τὴν ἀπελευθέρωσιν μιᾶς ἀνασταλτικῆς ὁρμόνης ἢ chalone, ἣτις μεταφερομένη διὰ τοῦ αἵματος μέχρι τῶν γαστρικῶν κυττάρων ἀναστέλλει τὴν λειτουργίαν των. Ἡ chalone αὕτη ὠνομάσθη ἐντερογαστρονὴ (Enterogastrone).

Τὸ 1929 οἱ Feng, Hou καὶ Lim ἀπέδειξαν, ὅτι ἡ χορήγησις λίπους ἀνέστειλε τὴν ἔκκρισιν εἰς ἐμφύτευμα στομάχου ἐστερημένον οἰασθῆποτε νευρικῆς ἐπικοινωνίας. Ἀπέδειξαν ἐπίσης ὅτι τὸ συλλεγὲν ἐκ τοῦ λέμφου τοῦ θωρακικοῦ πόρου λίπος, κατόπιν πλουσίου γεύματος, οὐδεμίαν ἐπίδρασιν ἔσχεν ἐπὶ τῆς γαστρικῆς ἐκκρίσεως.

Τὸ 1933 οἱ Lim, Ling καὶ Kosaka ἀπεμόνωσαν ἀπὸ ἐντερικὰ ἐκχυλίσματα κυνῶν μίαν οὐσίαν, ἣτις, ἐνδοφλεβίως ἐνιεμένη, ἀναστέλλει

τὴν γαστρικὴν ἔκκρισιν καὶ κινητικότητα. Τὸ προϊόν τοῦτο ὀνομάσθη ἔντερογαστρόνη. Τὸ 1938 ὁ Necheles ἀνευρίσκει εἰς τὰ οὖρα φυσιολογικῶν ἀτόμων οὐσίαν ἀνάλογον πρὸς τὴν ἔντερογαστρόνην. Τὸ ἐπόμενον ἔτος ὁ Ἀμερικανὸς φυσιολόγος Iuy ἀνακαλύπτει καὶ αὐτὸς εἰς τὰ ἀνθρώπινα οὖρα ὡς καὶ εἰς τὰ τῶν κυνῶν μίαν οὐσίαν, ἀναστέλλουσαν τὴν γαστρικὴν ἔκκρισιν. Τὸ 1940 ὁ Gray μετὰ τῶν συνεργατῶν του, ἀποδεικνύουν τὴν ὁμοίομορφον ἐπίδρασιν τῶν οὐσιῶν αὐτῶν μετὰ τῆς ἔντερογαστρόνης καὶ ὀνομάζουσι τὴν ἐκ τῶν οὐρῶν προερχομένην, οὐρογαστρόνην (Urogastrone).

Ἐκ τῆς χημικῆς ἀπόψεως δὲν ἔχουν εἰσέτι ἐπιτευχθῆ προϊόντα ἀπολύτως ἀμιγῆ. Κατὰ πᾶσαν πιθανότητα ἡ ἔντερογαστρόνη εἶναι μία πολυπεπτιδῆ, δεδομένου ὅτι ἡ δρᾶσις τῆς καταστρέφεται ἀπὸ τὴν πεψίνην. Ἄλλὰ καὶ τῆς οὐρογαστρόνης ἡ ἀκριβὴς χημικὴ φύσις ἀγνοεῖται εἰσέτι.

Ἡ ἔντερογαστρόνη καὶ ἡ οὐρογαστρόνη διαφέρουν χημικῶς. Πράγματι, ἡ δευτέρα εἶναι πλέον ἀνθεκτικὴ εἰς βραχεῖαν θέρμανσιν, διαλύεται εἰς τὸ οἶνον πνεύμα καὶ εἶναι πλέον σταθερὰ εἰς χημικὰς ἐπεξεργασίας.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑΙ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ

Α' Ἐντερογαστρόνη: Αὕτη ἀναστέλλει, εἰς τὸν κύνα, τὴν κατόπιν ἐνέσεως Ισταμίνης προκαλουμένην γαστρικὴν ἔκκρισιν. Χορηγούμενης ὁμως ὑποδορίως, ἡ δρᾶσις τῆς ἐλαττοῦται κατὰ τὸ ἥμισυ ἀπὸ ὅ,τι ἐάν ἐδίδοτο ἐνδοφλεβίως.

Εἰς τοὺς κύνας, τοὺς ἔχοντας ὑποστῆ τὴν ἐγχείρησιν κατὰ Mann—Williamson, ὁπότε, ὡς γνωστὸν, δημιουργεῖται εἰς τὰ 95% τῶν περιπτώσεων πειραματικῶν πεπτικῶν ἔλκος, ὁ δι' οἶνοπνεύματος ἐρεθισμὸς τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου προκαλεῖ παρατεταμένην γαστρικὴν ἔκκρισιν. Εἰς τὰ ζῶα ὁμως, τὰ ἔχοντα ὑποστῆ θεραπείαν δι' ἔντερογαστρόνης, ἡ ἔκκρισις παραμένει φυσιολογικὴ. Χορηγηθεῖσα ἐπὶ πλέον προληπτικῶς καὶ συνεχῶς εἰς ζῶα ἔχοντα ὑποστῆ τὴν ὡς ἄνω ἐγχείρησιν, κατεβίβασε τὸ ποσοστὸν ἀναπτύξεως ἔλκους ἀπὸ 95% εἰς 28% κατὰ τὴν διάρκειαν τοῦ πρώτου ἔτους. Ἄλλὰ καὶ μετὰ τὴν διακοπὴν τῆς ἔντερογαστρόνης παρατηρήθη ἀντίστασις παρατεταμένη τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου, ἐφ' ὅσον μόνον εἰς δύο ζῶα ἐνεφανίσθη ἔλκος καὶ τοῦτο μετὰ πάροδον ἐτῶν. Εἰς ὅλα αὐτὰ τὰ ζῶα ἡ γαστρικὴ ἔκκρισις ἦτο φυσιολογικὴ καὶ οὐχὶ ἠλαττωμένη.

Ἡ ἔντερογαστρόνη ἐχορηγήθη καὶ εἰς τὸν ἄνθρωπον ὡς θεραπευτικὸν μέσον τῶν ἐλκῶν. Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ὁμως τὰ ἐπιτε-

χθέντα αποτελέσματα ἦσαν ἀπογοητευτικά. Εἰς τινὰς περιπτώσεις παρατηρήθησαν εὐνοϊκὰ ἀποτελέσματα. Ὁ μηχανισμὸς τῆς ἐπούλωσης τῶν ἑλκῶν αὐτῶν δὲν εἶναι ἀπολύτως σαφής. Κατὰ τὸν Ily, δὲν φαίνεται ἡ ἐπούλωσις νὰ ὀφείλεται εἰς μόνην τὴν ἐξαφάνισιν τῆς γαστρικῆς ἐκκρίσεως, δεδομένου ὅτι αἱ χρησιμοποιηθεῖσαι δόσεις εἰς τὰ ζῶα καὶ εἰς τὸν ἄνθρωπον ἀνέστειλαν τὴν γαστρικὴν ἔκκρισιν ἐπὶ δύο ὥρας μόνον, μετὰ τὴν ἔνεσιν.

Ἡ ἔντερογαστρὸν ἑλαττώνει τὴν ποσότητα, ἀλλὰ καὶ τὴν ποιότητα τοῦ γαστρικοῦ ὑγροῦ. Ἡ εἰς HCl πυκνότης ἐλαττοῦται, ἐν μέρει δὲ καὶ ἡ πεψίνη. Διάφορα πειράματα ἐπὶ τῶν ἀνθρώπων ἀπέδειξαν ὅτι ἡ ἀνασταλτικὴ ἰδιότης ποικίλλει, δὲν εἶναι πάντοτε ἀνάλογος μὲ τὴν ἐνεθεῖσαν ποσότητα ἔντερογαστρῶν, δὲν διαρκεῖ πέραν τῶν 24 ὥρων, συνίσταται δὲ εἰς ἐλάττωσιν τῆς πυκνότητος καὶ τοῦ ὄγκου τοῦ ἐκκρινομένου ὀξέος. Ἡ ἐπίδρασις τῆς ἔντερογαστρῶν δὲν εἶναι ἀρκετὴ ὥστε νὰ ἐμποδίσῃ τὴν γαστρικὴν ἔκκρισιν τὴν προκληθεῖσαν ὑπὸ ψυχικοῦ τινος ἐρεθισμοῦ, ὅπως λ.χ. τῆς ὀργῆς. Οὕτω, ἡ δρᾶσις τῆς ἔντερογαστρῶν εἶναι λίαν σαφὴς ἐπὶ τῆς γαστρικῆς ἐκκρίσεως τῶν ζῶων, ἀσθενῆς ἐπὶ τῆς ἐκκρίσεως τῶν ἑλκοπαθῶν καὶ σχεδὸν μηδαμινὴ ἐπὶ τῶν φυσιολογικῶν ἀτόμων.

Αἱ κινήσεις τοῦ στομάχου ἐλαττοῦνται σημαντικώτατα μετὰ τὴν χορήγησιν ἔντερογαστρῶν. Ἄλλ' ἀντιθέτως μὲ ὅ,τι συμβαίνει ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἔκκρισιν, ἐνταῦθα τὰ πνευμονογαστρικά παίζουν σπουδαιότατον ρόλον: Ἡ κινητικότης τοῦ στομάχου ἀναστέλλεται μόνον εἰς ζῶα μὲ ἀνέπαφα πνευμονογαστρικά. Ἐάν προηγηθῇ διατομὴ τούτων, τὰ ἐκχυλίσματα ταῦτα οὐδεμίαν ἔχουν ἐπίδρασιν ἢ τούναντίον καὶ ἐνισχύουν τὴν κινητικότητα. Φαίνεται ἐπομένως, ὅτι ἡ ἔντερογαστρὸν περιλαμβάνει δύο οὐσίας, μίαν δρῶσαν ἐπὶ τῆς γαστρικῆς ἐκκρίσεως διὰ τῆς κυκλοφορίας, καὶ ἑτέραν ἀναστέλλουσαν τὰς κινήσεις τοῦ στομάχου διὰ τῆς ἐπιδράσεως ἐπὶ τῶν πνευμονογαστρικῶν.

Β' Οὐρογαστρὸν: Τὸ 1938, οἱ Sandweiss, Saltzstein καὶ Farbmann παρατήρησαν, ὅτι ἐκχυλίσματα ἐξ οὐρων ἐγκύου γυναικός, ὡς καὶ μὴ τοιαύτης, χορηγούμενα ὑποδοριῶς, προλαμβάνουν τὴν ἀνάπτυξιν τοῦ πειραματικοῦ ἑλκους κατὰ M.W. ἢ ἐπιταχύνουν τὴν ἐπούλωσιν τῶν ἑλκῶν τούτων. Ἐν συνεχείᾳ ἀπεδείχθη, ὅτι εἰς τὰ ὡς ἄνω ἑλκῆ, ὡς καὶ εἰς τὰ ἀνθρώπινα δωδεκαδακτυλικά, μικραὶ δόσεις ὑποδοριῶς χορηγούμεναι δὲν ἐπηρεάζουν τὴν γαστρικὴν ἔκκρισιν, ἐνῶ αἱ μεγάλαι δόσεις προκαλοῦν ἄμεσον καὶ σημαντικὴν ἐλάττωσιν τῆς γαστρικῆς ἐκκρίσεως. Ἡ οὐρογαστρὸν ἀνευρέθη

ώσαύτως καί εἰς τὰ οὖρα τῶν ἀνδρῶν. Ταῦτα περιέχουν μίαν οὐσίαν ἀνασταλτικὴν κατὰ ἕξ φορές ἰσχυροτέραν τῆς ἐντερογαστρῶν. Ἡ οὐρογαστρῶν δρᾶ κυρίως διὰ τῆς ἐνδοφλεβίου ὁδοῦ. Σημειωτέον ὅτι τὰ οὖρα τῶν καρκινοπαθῶν, ὡς καὶ τῶν πασχόντων ἐξ ἀναιμίας τύπου Biermer, ἔχουν τὰς αὐτὰς ἰδιότητες μὲ τὰ οὖρα τῶν φυσιολογικῶν ἀτόμων. Τὸ ἀνασταλτικὸν αὐτὸ στοιχεῖον ὑπάρχει ἐπίσης, ἀλλὰ εἰς πολὺ ὀλιγώτερον βαθμὸν, καὶ εἰς τοὺς ἐλκοπαθεῖς. Σημειωτέον ὅτι ἡ δρᾶσις τῆς οὐρογαστρῶν περιορίζεται μόνον εἰς τὸν στόμαχον, οὐδόπως δὲ ἐπηρεάζει τὴν ἔκκρισιν τῆς χολῆς, τοῦ παγκρέατος ἢ τῶν νεφρῶν.

Ἡ ἀπόλυτος ἐπίδρασις τῆς ἐπὶ τῆς ἔκκρισεως τοῦ ἀνθρωπίνου στομάχου ἐξηκριβώθη διὰ τῆς μεθόδου τῆς «διπλῆς ἰσταμίνης», ὅποτε παρατηροῦμεν ὅτι αὕτη ἐλαττώνει σημαντικῶς, ποσοτικῶς καὶ ποιοτικῶς, τὴν ὑπὸ τῆς ἰσταμίνης προκληθεῖσαν ἔκκρισιν.

Ὅπως ἡ ἐντερογαστρῶν, οὕτω καὶ ἡ οὐρογαστρῶν ἀπεδείχθη πειραματικῶς ὅτι δρᾶ ἐπὶ τῆς κινητικότητος τοῦ στομάχου, εἰς μεγαλυτέρας ὁμως εἰς ποσότητα ἐνδοφλεβίους δόσεις. Ἀλλὰ καὶ ἐδῶ τὰ πνευμονογαστρικὰ πρέπει νὰ εἶναι ἀνέπαφα.

Περιληπτικῶς δυνάμεθα νὰ εἴπωμεν, ὅτι εἰς ἴσας δόσεις ἡ μὲν οὐρογαστρῶν ἐπηρεάζει περισσότερον τὴν ἔκκρισιν, ἡ δὲ ἐντερογαστρῶν τὴν κινητικότητα. Φαίνεται ὅτι ἡ οὐρογαστρῶν, ὅπως καὶ ἡ ἐντερογαστρῶν, περιέχουν δύο οὐσίας, συγγενεῖς χημικῶς καὶ ἐκ τῶν ὁποίων ἡ μία ἐπηρεάζει τὴν ἔκκρισιν, ἀκόμη καὶ κατόπιν διατομῆς τῶν πνευμονογαστρικῶν, ἡ δὲ ἄλλη τὴν κινητικότητα, ἐὰν καὶ ἐφ' ὅσον τὰ πνευμονογαστρικὰ εἶναι ἀνέπαφα. Πιθανώτατα ὑπάρχει καὶ μία τρίτη οὐσία, εἰς τρίτος ἀνασταλτικὸς παράγων, ὅστις δρᾶ διὰ τῆς κυκλοφορίας, δεδομένου ὅτι τὰ ἐντὸς τοῦ λεπτοῦ ἐντέρου εἰσαχθέντα λίπη ἀναστέλλουν τὴν ἔκκρισιν καὶ τὴν κινητικότητα ἀκόμη καὶ κατόπιν διατομῆς τῶν πνευμονογαστρικῶν. Ἡ οὐσία αὕτη δὲν ἔχει εἰσέτι ἀπομονωθῆ.

Εἴπομεν, ὅτι ἡ ἐντερογαστρῶν ἐμποδίζει τὴν ἀνάπτυξιν τῶν πειραματικῶν ἐλκῶν κατὰ M. W. Ἡ αὕτη εὐνοϊκὴ ἐπίδρασις παρετηρήθη καὶ εἰς τὰ πειραματικὰ ἔλκη δι' ἀτοφάνης. Ἀντιθέτως δὲν προστατεύει καὶ δὲν ἐμποδίζει τὴν ἐμφάνισιν τῶν πειραματικῶν ἐλκῶν διὰ τῆς μεθόδου τῆς ἰσταμίνης. Ἀπεδείχθη ὡσαύτως ἀνεπαρκῆς ὅπως ἐμποδίσῃ τὴν ἐμφάνισιν τῶν ἐξελεκώσεων τοῦ στομάχου τῶν μυῶν κατόπιν ἀποκλεισμοῦ τοῦ πυλωροῦ.

Ὁ Sandweiss μετὰ τῶν συνεργατῶν του, βασιζόμενος ἐπὶ πειραμάτων γενομένων ἐπὶ 20 κυνῶν ὑποστάτων τὴν ἐγχείρησιν M. W., βεβαιώνει ὅτι τὰ οὖρα τῶν φυσιολογικῶν ἀτόμων περιέχουν προστα-

τευτικόν τινα παράγοντα, ὅστις ἀπουσιάζει ἐκ τῶν οὖρων τοῦ ἔλκοπαθοῦς. Τὰ ἐκχυλίσματα ἐκ τῶν οὖρων φυσιολογικῶν ἀτόμων ἔχουν ἐπίδρασιν προφυλακτικὴν, ἐπουλωτικὴν καὶ ἀνοσοποιητικὴν ἐπὶ τοῦ ἔλκουσ Μ. W.

Ἐνεζητήθη ὁ μηχανισμὸς δράσεως τῶν ἐκχυλισμάτων τούτων, δηλαδὴ τῆς ἐντερογαστρῶν καὶ οὐρογαστρῶν. Ἀρχικῶς ὑπετέθη ὅτι ἡ ἀντιελκωτικὴ ἰδιότης τῶν ὠφείλετο εἰς τὴν ἐλάττωσιν τῆς παραγωγῆς τοῦ HCl - πεψίνης ὑπὸ τοῦ στομάχου, ὁπότε ἠμποδίζετο ἡ ἀνάπτυξις τοῦ ἔλκουσ. Διότι πράγματι, πολλοί, μέχρι καὶ σήμερον, παραδέχονται ὡς παράγοντα δημιουργίας τοιοῦτου ἔλκουσ, τὸν παράγοντα HCl - πεψίνη. Πιθανώτατα ὅμως ὁ ὡς ἄνω παράγων δὲν εἶναι ὁ αἰτιολογικὸς τοιοῦτος τοῦ ἔλκουσ, πλὴν ὅμως, ἴσως, ὁ ἀπαραίτητος κρίκος εἰς τὴν ἄλλωσιν ἐκείνῃ τῶν γεγονότων, ἥτις ὁδηγεῖ εἰς τὸν σχηματισμὸν τοῦ ἔλκουσ.

Ἐὰν παραδεχθῶμεν ὡς μόνον παράγοντα τὸν τοῦ HCl - πεψίνης, δὲν εἶναι εὐκόλος ἡ ἐξήγησις τοῦ γεγονότος, ὅτι ἡ ἀπὸ τοῦ στόματος χορήγησις τῆς ἐντερογαστρῶν, ἥτις δὲν τροποποιεῖ τὴν γαστρικὴν ἔκκρισιν, προλαμβάνει μολαταῦτα τὴν ἀνάπτυξιν τοῦ πειραματικοῦ ἔλκουσ. Πῶς νὰ ἐξηγήσῃ τις ἐπίσης τὴν ἀντιελκωτικὴν ἐπίδρασιν τῆς ἐντερογαστρῶν, ἐφ' ὅσον ἡ γαστρικὴ ἔκκρισις οὐδόλως μεταβάλλεται κατὰ τὴν θεραπείαν, ἐὰν ἐρεθίσωμεν ταύτην ὑπὸ διαφόρων οὐσιῶν ; Καὶ κυρίως, πῶς νὰ ἐξηγήσῃ τις τὴν μὴ δημιουργίαν ἔλκουσ εἰς ζῶα μὲ ἐγχείρησιν κατὰ Μ. W., εἰς τὰ ὁποῖα ὅμως ἡ ἐντερογαστρῶν ἐχορηγεῖτο πρὸ τῆς ἐγχειρήσεως ; Ἐπίσης ἡ ἐπὶ πολὺ χρονικὸν διάστημα, μετὰ τὴν διακοπὴν τῆς θεραπείας, παρατηρουμένη ἀνοσία δὲν συνηγορεῖ ὑπὲρ τῆς ἀπόψεως, ὅτι ἡ ἐντερογαστρῶν προστατεῖ τὸ ζῶον διὰ τὸν λόγον καὶ μόνον, ὅτι ἐλαττώνει τὴν γαστρικὴν ἔκκρισιν.

Αἱ αὐταὶ παρατηρήσεις ἰσχύουν καὶ διὰ τὴν οὐρογαστρῶν, μὲ τὴν ὁποῖαν ἐπιτυγχάνονται καλὰ ἀποτελέσματα εἰς τὰ πειραματικὰ ἔλκη Μ. W. ἄνευ ἐλαττώσεως τῆς γαστρικῆς ἔκκρίσεως. Τούναντίον, τὰ ἐκχυλίσματα οὖρων τῶν ἔλκοπαθῶν, τῶν πασχόντων ἐξ ἀναιμίας Biermer καὶ τῶν πασχόντων ἐκ καρκίνου τοῦ στομάχου, ἂν καὶ περιέχουν τὸν ἀνασταλτικὸν παράγοντα τῆς γαστρικῆς ἔκκρίσεως, δὲν ἐμποδίζουν τὴν δημιουργίαν τοῦ πειραματικοῦ ἔλκουσ.

Πρὸς ἐξήγησιν τῶν ὡς ἄνω διαφωνιῶν, οἱ Sandweiss καὶ Friedman παραδέχονται, ὅτι ἡ παρατηρουμένη εἰς τὰ πειραματικὰ ἔλκη εὐνοϊκὴ ἐπίδρασις τῶν ἐκχυλισμάτων ἐκ τῶν οὖρων δέον νὰ ὀφείλεται εἰς ἕτερον, διάφορον παράγοντα ἀπὸ ἐκείνον, ὅστις ἀναστέλλει τὴν γαστρικὴν ἔκκρισιν, μὲ θεραπευτικὰς ἰδιότητας καὶ ἰκανότητα

άνοσοποιήσεως έναντι τών έλκων M. W. 'Ο ύποθετικός οϋτος παράγων, όστις δέν έλαττώνει τήν έκκρισιν, ώνομάσθη υπό τοϋ Sandweiss σιηθελονε. Παραδεχόμεθα, έπομένως, μέχρι σήμερα, ότι τά γαστρικά, τά έντερικά και τά έκ τών οϋρων έκχυλίσματα περιλαμβάνουν τέσσαρας παράγοντας δρώντας επί τοϋ στομάχου :

— Παράγων άντιεκκριτικός, δρών διά τής κυκλοφορίας.

— Παράγων άνασταλτικός τής κινητικότητας, δρών διά τής κυκλοφορίας.

— Παράγων άνασταλτικός τής κινητικότητας, δρών μέσω τών πνευμονογαστρικών.

— Παράγων άντιελκωτικός.

Μέχρι σήμερα οι παράγοντες οϋτοι δέν έχουν διαχωρισθῆ ό εις τοϋ άλλου. Αί δυσχέρειαι όσον άφορᾷ τήν άπομόνωσιν των και τήν χημικήν των σύστασιν δέν έχουν εισέτι ύπερνηθηθῆ. "Αν και συγγενείς από χημικής άπόψεως, διαφέρουν μολταυτα από φυσιολογικής, αλλά και από θεραπευτικής τοιαύτης.

'Εκ τών μέχρι τοϋδε έκτεθέντων άντιλαμβάνεται τις, ότι τό δωδεκαδάκτυλον κυρίως παρουσιάζει έξαιρετικόν ένδιαφέρον, ιδίως από φυσιολογικής άπόψεως. Πράγματι, από τής έποχής καθ' ήν άνεκαλύφθη τό πρώτον τό 1902, υπό τών Bayliss και Starling, ή έκκριματινή, τό δωδεκαδάκτυλον έμφανίζεται σήμερα ως έν έκ τών σπουδαιοτέρων όργάνων έσω έκκρίσεως, τόσον ώστε νά συναγωνίζεται και αύτήν τήν ύπόφυσιν. Πλέον τών δέκα όρμονών ή θεωρουμένων ως τοιούτων, έκκρινομένων ύπ' αύτοϋ, έχουν περιγραφῆ. 'Αναφέρομεν τάς όρμόνας αίτινες δροϋν επί τής παγκρεατικής έκκρίσεως (έκκριματινή, παγκρεοζυμίνη), τάς δρώσας επί τής γαστρικής έκκρίσεως είτε προκαλοϋσαι ταύτην είτε άναστέλλουσαι ταύτην (γαστρίνη, έντερογαστρονή), τάς όρμόνας αίτινες δροϋν επί τής χοληδόχου κύστεως (cholecystokininine), όρμόνας δρώσας επί τοϋ λεπτοϋ έντέρου (entérocrinine, villikinine), όρμόνας δρώσας επί τής γλυχαιμίας (incrétine) και τέλος όρμόνας δρώσας επί τής κινητικότητας τοϋ σπληνός (duodénosplénine).



Θά τερματίσωμεν τήν μελέτην τής φυσιολογίας τοϋ στομάχου με τήν περιληπτικήν άνασκόπησιν τής επίδράσεως τών πλέον γνωστών φαρμάκων επί τής γαστρικής έκκρίσεως.

Τά άλκολικά θεωροϋνται ως κατ' έξοχήν άνασταλτικά τής γαστρικής έκκρίσεως, με επί κεφαλῆς, φυσικά, τό διττανθρακικόν νάτριον. Πρέπει όμως νά τονισθῆ, ότι τοϋτο άναστέλλει τήν έκκρισιν

είς πολὺ μεγάλας δόσεις, ἐνῶ αἱ μικραὶ καὶ συχναὶ τοιαῦται τὴν ἀξάνουν. Τὸ αὐτὸ ἰσχύει καὶ δι' ἄλλα ἀλκαλικά. Καὶ αὕτη ὁμως ἡ ἀνασταλτικὴ ἰδιότης τῶν μεγάλων δόσεων ἐξαφανίζεται μόλις παύσῃ ἡ χορήγησις των, ἐπακολουθεῖ δὲ ὑπερέκκρισις. Ἡ ἀξία τῶν ἀλκαλικῶν εἰς στομαχικὰς διαταραχὰς ἔγκειται κυρίως εἰς τὴν ἰκανότητά των νὰ ἐξουδετερώουν τὴν ὀξύτητα τοῦ περιεχομένου τοῦ στομάχου.

Διάφορα φαρμακευτικὰ παρασκευάσματα, μὲ σκοπὸν τὴν πρόκλησιν τῆς ὀρέξεως, δὲν ἔχουν καμμίαν ἀπολύτως ἐπίδρασιν ἐπὶ τῆς γαστρικῆς ἐκκρίσεως, ἐκτὸς ἐὰν περιέχουν οἶνον πνευμα. Τοῦτο προκαλεῖ ἄφθονον ἔκκρισιν γαστρικοῦ ὑγροῦ, ὅπερ περιέχει πολὺ HCl καὶ βλεννίνη. Ἡ ἰδιότης αὕτη τοῦ οἴνοπνεύματος ὀφείλεται εἰς τὴν λόγῳ τοῦ προκαλουμένου ἐρεθισμοῦ τῶν πυλωρικῶν, ἰδίως, ἀδένων ἀπελευθέρωσιν ἱσταμίνης.

Τὰ ὀξεῖα ἐλαττώνουν τὴν γαστρικὴν ἔκκρισιν, ἥτις ἀναστέλλεται τελείως διὰ τῆς εἰσαγωγῆς ἐντὸς τοῦ στομάχου διαλύματος HCl 1%.

Τὰ διάφορα καρκεύματα ἐλάχιστα ἐπηρεάζουν τὴν γαστρικὴν ἔκκρισιν. Διὰ τῆς ἀναμιξεῶς των ὁμως μετὰ τῶν τροφῶν, τὰς ὁποίας καθιστοῦν εὐγεύστους, δροῦν ἐμμέσως, τιθεμένης οὕτως εἰς ἐνέργειαν τῆς ψυχικῆς φάσεως τῆς γαστρικῆς ἐκκρίσεως.

Ἡ ἱσταμίνη προκαλεῖ μεγίστην γαστρικὴν ἔκκρισιν, χρησιμοποιεῖται δέ, ὡς γνωστόν, διὰ τὴν μελέτην τοῦ γαστρικοῦ ὑγροῦ ἀπὸ ἀπόψεως HCl.

Τὰ ἡπατικὰ ἐκχυλίσματα, τὰ χρησιμοποιούμενα διὰ τὴν θεραπείαν τῆς κακοήθους ἀναιμίας, εἶναι ἐπίσης ἐν ἰσχυρότατον μέσον ἐρεθισμοῦ τῆς γαστρικῆς ἐκκρίσεως.

Ἡ ἰνσουλίνη, διὰ τῆς ὑπογλυχαιμίας ἣν προκαλεῖ, ἐρεθίζει τὰ πνευμονογαστρικά καὶ τοιοῦτοτρόπως προκαλεῖ ἄφθονον γαστρικὴν ἔκκρισιν. Χρησιμοποιεῖται, ὡς γνωστόν, διὰ τὴν διαπίστωσιν τῆς τελείας ἢ μὴ διατομῆς τῶν πνευμονογαστρικῶν (δοκιμασία κατὰ Hollander). Ἐπίσης ἡ ἀκετυλχολίνη, καὶ ἡ πιλοκαρπίνη ἀξάνουν τὴν ἔκκρισιν, τούναντιον ἡ ἀτροπίνη τὴν ἀναστέλλει, ὡς παραλῶουσα τὰ πνευμονογαστρικά. Ἐν τούτοις ἡ ἀτροπίνη δὲν ἀναστέλλει τὴν ἐπίδρασιν τοῦ οἴνοπνεύματος ἐπὶ τῆς ἐκκρίσεως καὶ μερικῶς μόνον προλαμβάνει τὴν ἐπίδρασιν τῆς ἱσταμίνης.

Τὸ κόπνισμα δι' ἄλλους μὲν ἐλαττώνει, δι' ἄλλους οὐδὲν ἔπηρεάζει καὶ δι' ἄλλους προκαλεῖ αὐξησιν τῆς γαστρικῆς ἐκ-

κρίσεως, ἥτις ὅμως αὔξεις δὲν ὀφείλεται ἀπολύτως καὶ μόνον εἰς τὴν νικοτίνην.

Ἡ μορφίνη, κατόπιν μιᾶς βραχείας περιόδου, καθ' ἣν ἀναστέλλει τὴν ἔκκρισιν, ἐν συνεχείᾳ ἐρεθίζει, προκαλοῦσα ὑπερέκκρισιν.

Ἐξ ὧσων ἐξεθέσαμεν, κατὰ τὸ μᾶλλον ἢ ἥττον περιληπτικῶς, ἀντιλαμβάνεται τις τὴν μεγίστην σημασίαν τῆς φυσιολογίας. Βασιζόμενοι ἐπὶ μιᾶς θετικῆς ἐπιστήμης δυνάμεθα ἐφαρμόζοντες, μετὰ συνέσεως, τὰ ἐκ πειραμάτων προκύπτοντα συμπεράσματα, νὰ ἐπιτύχωμεν τὴν λύσιν πολλῶν κλινικῶν προβλημάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ Γ'

Ο ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΥΤΟΥ ΑΞΙΑ ΕΝ ΤΗ ΓΑΣΤΡΟΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ,

“Όλα τὰ νεώτερα μέσα ἐρεύνης, ἐργαστηριακά, τεχνικά, παρ’ ὄλας τῶν τὰς τελειοποιήσεις, δὲν εἶναι οὔτε ἀλάνθαστα οὔτε καὶ ἀπόλυτα. Βοηθοῦν ἀναμφισβητήτως σημαντικώτατα εἰς τὴν διαφορικήν διάγνωσιν μιᾶς νόσου, ἰδίως ἡ ἀκτινολογία εἰς τὰ νοσήματα τοῦ πεπτικοῦ συστήματος, ὅπως καὶ εἰς τὴν λήψιν ἀποφάσεως διὰ μίαν χειρουργικὴν ἐπέμβασιν.

Διὰ τὴν ἔγκαιρον ὅμως διάγνωσιν μιᾶς ὀργανικῆς βλάβης τοῦ πεπτικοῦ σωλῆνος, ἡ κλινικὴ μελέτη τῶν συμπτωμάτων ὑπερέχει σαφῶς, ὅπως καὶ ἡ κλινικὴ παρατήρησις ἀποτελεῖ τὴν βάσιν ὄλων τῶν ἐρευνῶν — ἀνατομικῶν, φυσιολογικῶν, χειρουργικῶν κ.λ.π.

Εἰς τὸ παρὸν κεφάλαιον θὰ ἴδωμεν πῶς, χάρις εἰς τὴν λεπτομερῆ κλινικὴν ἀνάλυσιν τῶν συμπτωμάτων διὰ τὰ ὅποια παραπονεῖται ὁ ἀσθενής, δυνάμεθα νὰ προσανατολισθῶμεν πρὸς μίαν διάγνωσιν καὶ νὰ τὴν βεβαιώσωμεν κλινικῶς, ἀκόμη καὶ ὅταν αἱ διαφοροὶ ἐργαστηριακαὶ ἐρευναὶ ἀντιτίθενται πρὸς τὴν διάγνωσιν ταύτην. Δεδομένου δέ, ὅτι τὸ κυριώτερον σύμπτωμα, τὸ ὁποῖον καὶ ὑποχρεώνει τοὺς ἀρρώστους νὰ συμβουλευθοῦν τὸν ἰατρόν των, εἶναι ὁ πόνος, τὸ κύριον θέμα τοῦ παρόντος κεφαλαίου θὰ εἶναι ἡ γενικὴ μελέτη τοῦ πόνου καὶ ἡ διαγνωστικὴ αὐτοῦ ἀξία εἰς τὰ νοσήματα τοῦ πεπτικοῦ συστήματος.

Εἶναι γνωστόν, ὅτι ὀρισμένα ὄργανα, ὅπως ἡ καρδιά, ὁ στόμαχος, τὰ ἔντερα κ.λ.π., δὲν αἰσθάνονται καὶ δὲν ἀντιδροῦν εἰς τὴν πίεσιν, τὴν θερμότητα, τὸ ψῦχος, τὸν χημικὸν ἐρεθισμόν. Διὰ τὸν λόγον δὲ αὐτὸν ὁ Mackenzie ὑπεστήριζεν, ὅτι δὲν ὑπάρχει γνήσιος σπλαγχνικὸς πόνος, ἀλλὰ ὅτι ὁ πόνος «μεταφέρεται» εἰς τοὺς ἰστούς ἐκείνους τοῦ σώματος, οἱ ὅποιοι ἐξαρτῶνται ἀπὸ τὸ αὐτὸ τμήμα τοῦ νωτιαίου μυελοῦ, ἀπὸ τὸ ὁποῖον ἐξαρτᾶται καὶ τὸ προσβληθὲν ὄργανον ἀπὸ ἀπόψεως νευρώσεως.

Τὴν γνώμην ταύτην τοῦ Mackenzie ἀντικρούουν ἄλλοι, ὅπως οἱ Ross, Hurst, Ryle, οἵτινες, ἂν καὶ ἀναγνωρίζουν ὅτι ὁ σπλαγχνικὸς

πόνος δυνατόν νά συνοδεύεται καί ὑπό ἀντανεκλαστικῶν σωματικῶν ὑποστηρίζουν ἐν τούτοις, ὅτι τὰ ἴδια τὰ σπλάγχνα εἶναι ἱκανά νά αἰσθανθοῦν τόν πόνον παρουσίᾳ καταλλήλου ἐρεθίσματος. Βάσει τῶν τελευταίων ἐργασιῶν καί περιληπτικῶς δυνάμεθα νά καταλήξωμεν εἰς τὰ ἑξῆς: ὑπάρχει γνήσιος πόνος αἰσθητός εἰς τὰ σπλάγχνα.

— Ὁ πόνος αὐτός ὀφείλεται εἰς ἀνώμαλον αὔξησιν τοῦ τόνου τῆς μυϊκῆς στιβάδος τοῦ τοιχώματος τοῦ ὄργανου. Ἡ διάτασις αὕτη ὀφείλεται εἴτε εἰς σύσπασιν, εἴτε εἰς τήν ἀδυναμίαν τοῦ μυός νά χαλαρωθῆ ἑπαρκῶς παρουσίᾳ ἠϋξημένης ἐνδο - ὀργανικῆς τάσεως.

— Ὁ σπλαγγχικός πόνος ὁ ἐπερχόμενος μόνος, ἄνευ ἀντανεκλάσεως ἢ δυνάμενος νά διαχωρισθῆ ταύτης, ἐντοπίζεται ὑπό τοῦ ἄρρώστου.

— Ὁ ἀντανεκλαστικός σωματικός πόνος, καί τὰ ἄλλα ἀντανεκλαστικά φαινόμενα, δυνατόν νά συνοδεύουν μίαν βαρεῖαν κρίσιν μηχανικῆς φύσεως, ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ὅμως ἐρμηνεύουν μίαν φλεγμονώδη ἀλλοίωσιν τοῦ ὄργανου.

Εἰς ὅλας τὰς περιπτώσεις σπλαγγχικοῦ πόνου τὸ κοινόν αἷτιον εἶναι μία μυϊκὴ διάτασις ἢ ἴσως, ὅσον ἀφορᾷ τὴν σθηθάγχην, ἢ ἰσχαιμία καί αἰ συνυπάρχουσαι χημικαὶ ἀλλοιώσεις, αἵτινες συνοδεύουν μίαν διάτασιν. Ὁ καταπραῦντικός παράγων — εἴτε π. χ. οὔτος εἶναι ἢ ἀποβολὴ ἐνός λίθου κατὰ ἓνα κωλικόν, εἴτε ἡ λήψις τροφῆς κατὰ τὴν ἐπώδυνον πείναν — εἶναι ἓνας παράγων, ὅστις ἐλαττώνει τὴν διάτασιν τοῦ τοιχώματος τοῦ ὄργανου.

Περιληπτικῶς δυνάμεθα νά καταλήξωμεν, ὅτι ὁ σπλαγγχικός πόνος ἐρμηνεύει μίαν διαταραχὴν τῆς λειτουργίας τοῦ ὄργανου τούτου — ὀφειλομένην ἢ ὄχι εἰς τοπικὴν ὀργανικὴν βλάβην — ἐνῶ τὰ σωματικά φαινόμενα ἐρμηνεύουν γενικῶς μίαν ὀργανικὴν βλάβην τοῦ τοιχώματος τοῦ ὄργανου.

* *

Τὸ μεγαλύτερον ποσοστὸν ἐκ τῶν προσερχομένων πρὸς ἐξέτασιν ἄρρώστων καί παραπονουμένων δι' ἐνοχλήματα ἐκ τοῦ πεπτικοῦ, ὀμιλοῦν κυρίως διὰ τὸ «στομάχι» τῶν.

Καί καθ' ὃν χρόνον οὔτοι ὀμιλοῦν, καί πρέπει νά τοὺς ἀφίσωμεν νά ὀμιλήσουν, ἡμεῖς ἄς ἀκολουθήσωμεν τὴν συμβολὴν τοῦ R. Guimann. Θά προβῶμεν εἰς μίαν ταχεῖαν, γενικὴν, ἀλλὰ λίαν προσεκτικὴν παρατήρησιν τῶν ἄρρώστων μας.

Αἱ κινήσεις τοῦ ἄρρώστου, ὁ τρόπος τῆς ὀμιλίας του, θά μᾶς ἐπιτρέψουν ν' ἀντιληφθῶμεν, ἐάν πρόκειται περὶ ἐνός νευροπαθοῦς, ὅστις

υπερβάλλει, ἢ ἐνὸς μελαγχολικοῦ, ἢ τούναντιον ἐάν πρόκειται περὶ ἐνὸς ψυχραίου ἀτόμου.

Τὰ ἐνδύματα τοῦ ἄρρώστου θὰ μᾶς πληροφορήσουν ἀμέσως, ἐάν οὗτος ἔχη προσφάτως παρουσιάσει μεγάλην ἀπίσχνανσιν, ἢ τούναντιον εὐτραφέστατος, μᾶς διηγείται μ' ὄλα ταῦτα μίαν μακρὰν ἱστορίαν ἀκατασχέτων καὶ ἀφθόνων ἐμέτων.

Θὰ παρατηρήσωμεν τὸ πρόσωπον, ἰδίως τοὺς ὀφθαλμούς, ἀναζητοῦντες ἕνα ὑπὶκτερον, μίαν μῦσιν, μίαν ἀνισοκορίαν, ἕνα ἐξώφθαλμον.

Θὰ προσέξωμεν ἰδιαιτέρως τὰς χειρονομίας, αἵτινες συνοδεοῦν τὰ λεγόμενά του, διότι παρὰ τὰς συνήθως φαντασιώδεις κάπως διηγήσεις του, ὁ ἄρρωστος ὑποδεικνύει ἀκουσίως καὶ ὑποσυνειδήτως τὸ πάσχον ὄργανον, καὶ μᾶς ὀδηγεῖ οὕτω πολλακίς εἰς τὴν διάγνωσιν.

Θὰ παρατηρήσωμεν, ὅτι, ἐνῶ παραπονεῖται διὰ πόνους εἰς τὸ στομάχι, διὰ τῶν δακτύλων τοῦ ὑποδεικνύει τὴν χώραν τῆς χοληδόχου κύστεως, διαγράφει δὲ καὶ τὴν πορείαν τῶν πόνων κατὰ μῆκος τοῦ δεξιοῦ ὑποχονδρίου καὶ ὀπισθεν πρὸς τὴν ὠμοπλάτην.

Ἐναντιῶς οἱ ἐκ κωλίτιδος πάσχοντες διαγράφουν τὴν πορείαν τοῦ παχέος ἐντέρου, χειρονομίαν τὴν ὅποιαν δὲν θὰ παρατηρήσωμεν εἰς τοὺς ἔλκοπαθεῖς. Ἄλλοτε πάλιν ὁ ἄρρωστος μᾶς δεικνύει τὸν δεξιὸν λαγόνιον βόθρον, ὅποτε θὰ σκεφθῶμεν μίαν δεξιάν κωλίτιδα, μίαν τυφλίτιδα ἢ μίαν σκοληκοειδίτιδα, χωρὶς νὰ λησμονῶμεν ὅτι ὑπάρχει καὶ ὁ νεφρός.

Ὅταν ὁ ἄρρωστος ἐντοπίζῃ ἀκουσίως τὸν πόνον εἰς τὸν ἀριστερόν λαγόνιον βόθρον, τοῦτο ἐρμηνεύει συνήθως οὐχὶ μίαν ἀπλὴν κωλίτιδα, ἀλλὰ κυρίως μίαν σιγμοειδίτιδα, μίαν ἐκκολπωματίτιδα ἢ καὶ μίαν χρονίαν ἀμοιβάδωσιν.

Αἱ γυναῖκες ἀρκετὰ συχνὰ ἐντοπίζουν ἕνα χαμηλόν, ὀσφυϊκόν πόνον, ὅστις ἀντιστοιχεῖ εἰς δυσπεπτικά φαινόμενα ὀφειλόμενα εἰς πάθησιν τῶν γεννητικῶν ὀργάνων, ἐνῶ εἰς τὸν ἄνδρα ὁ πόνος αὐτός εἶναι προστατικός.

Ὅταν δὲ ἀργότερον θὰ προβῶμεν εἰς τὴν ἐξέτασιν τοῦ ἄρρώστου, κατὰ τὴν ψηλάφησιν θὰ παρατηρήσωμεν κυρίως οὐχὶ τὴν ψηλαφωμένην ζώνην, ἀλλὰ τὸ πρόσωπον τοῦ ἄρρώστου, εἰς τὸ ὅποιον πιθανῶς ν' ἀντικατοπτρισθῇ εἰς μὴ ὑποδειχθεὶς πόνος.

Κατόπιν τῆς βραχείας ἀλλὰ προσεκτικῆς ταύτης παρατηρήσεως τοῦ ἄρρώστου, εἶναι καιρὸς πλέον ν' ἀνακρίνωμεν ἡμεῖς τὸν ἄρρωστον, μεθοδικῶς, οὕτως ὥστε ἐκ τῶν ἀπαντήσεών του νὰ ὀδηγηθῶμεν πρὸς τὴν διάγνωσιν, ἀποκλείοντες τὰς διαφόρους φαντασιώδεις θεωρίας, τὰς ὁποίας αὐτὸς πρεσβεύει, ὡς καὶ τὰς ποικίλας διαγνώ-

σεις εις ἃς ἔχει καταλήξει οὗτος, οἱ συγγενεῖς του, ἢ ἄλλοι συμπάσχοντες καὶ μὴ, φίλοι του. Θὰ ἐπιμείνωμεν εἰς τὴν ἀνάλυσιν ὄχι μόνον τῶν χαρακτήρων, ἀλλὰ καὶ τῆς ἐξελιξέως τοῦ πόνου δι' ὃν προσέρχεται.

Ἄλλὰ καὶ ὁ ἰατρός ὀφείλει νὰ προσέχη εἰς τὸν τρόπον καθ' ὃν θὰ ὑποβάλῃ τὰς ἐρωτήσεις του, οὕτως ὥστε νὰ μὴ ἀφίση εἰς τὸν ἄρρωστον νὰ ὑποπτευθῇ τὴν ἀναμενομένην ἀπάντησιν. Ἐάν π.χ. ἐρωτήσωμεν «ὑποφέρετε 3—4 ὥρες μετὰ τὸ φαγητόν;», ἡ ἀπάντησις θὰ εἶναι συνήθως καταφατικὴ· εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς ἡ ἐρώτησις πρέπει νὰ διατυπωθῇ ὡς ἐξῆς: «οἱ πόνοι ἔχουν ἢ δὲν ἔχουν σχέσιν μὲ τὴν ὥραν λήψεως τῶν γευμάτων;».



Ἐξ ὄλων τῶν συμπτωμάτων διὰ τὰ ὁποῖα μᾶς συμβουλευόνται οἱ ἄρρωστοι, ὁ πόνος, ὑπὸ οἰανδήποτε μορφήν, εἶναι ὁ συχνότερος καὶ ὁ πλέον ἐπείγων.

Καλῶς ἐρευνώμενος προέχει κάθε ἄλλου παθολογικοῦ συναισθήματος ὡς ὁδηγὸς πρὸς τὴν διάγνωσιν, παρὰ τὸ γεγονός ὅτι ἡ φύσις καὶ ὁ μηχανισμὸς του δὲν ἔχουν εἰσέτι πλήρως διευκρινηθῇ. Ὅταν ὑπάρχη, ὁ πόνος εἶναι ὁ καλύτερος φίλος τοῦ ἄρρώστου, διότι τὸν προειδοποιεῖ καὶ τὸν ἐξαναγκάζει νὰ ὑποβληθῇ εἰς ἐξέτασιν. Ἄλλὰ καὶ διὰ τὸν ἰατρὸν ὁ πόνος εἶναι ἕνας ἄριστος σύμμαχος, ἀρκεῖ νὰ δυνηθῇ οὗτος νὰ ἐρμηνεύσῃ τὴν σημασίαν του, οὕτως ὥστε νὰ τὸν ἐκμεταλλευθῇ διαγνωστικῶς. Πρέπει ἐπομένως νὰ προσέξωμεν ὄλως ἰδιαιτέρως εἰς τὸν τρόπον μὲ τὸν ὁποῖον θέλει ληφθῇ τὸ ἱστορικόν: «εἰς τὸ τέλος τῆς λήψεως ἑνὸς καλοῦ ἱστορικοῦ — γράφει ὁ R. A. Guimann — ἡ διάγνωσις πρέπει νὰ ἔχη γίνῃ, αἱ δὲ ὑπόλοιποι μέθοδοι θὰ χρησιμεύσουν ἀπλῶς καὶ μόνον διὰ τὴν ἐπιβεβαίωσιν τῆς».

Τὸ ἱστορικόν τοῦ ἄρρώστου θὰ μᾶς ἐπιτρέψῃ νὰ ἀντιληφθῶμεν σαφῶς ὄχι μόνον τοὺς χαρακτήρας τοῦ πόνου, ἀλλὰ κυρίως τὴν ἐξέλιξιν του, κατὰ τὸ 24ῶρον καὶ κατὰ τὰ ἔτη, ἅτινα προηγήθησαν τῆς ἐξετάσεώς μας.

Παρουσίᾳ ἐπομένως ἑνὸς πόνου θὰ ἐρευνήσωμεν: α) τὴν ἐντόπισιν, β) τοὺς χαρακτήρας, γ) τὴν ἐξέλιξιν.

α) Ἐντόπισις τοῦ πόνου: Αὕτη προσδιορίζει περίπου τὸ πάσχον ὄργανον. Δέον ὅμως νὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν ἐκεῖνα, τὰ ὁποῖα ἀνεφέραμεν προηγουμένως, ὅσον ἀφορᾷ τὸν «μεταφερόμενον πόνον». Οὕτω παρατηρεῖται λ.χ. θωρακικὸς πόνος πεπτικῆς φύ-

σεως κ.λ.π. Μ' ὄλα ταῦτα ἀπὸ σημειολογικῆς ἀπόψεως ἡ ἐντόπισις τοῦ πόνου ἐνέχει μεγίστην διαγνωστικὴν σημασίαν.

Θὰ πρέπη ἐν τούτοις νὰ διαχωρίσωμεν τὴν ἐντόπισιν ἀπὸ τὴν ἀντανάκλασιν· π.χ. ἕνας κωλικὸς τοῦ ἥπατος ἐκδηλοῦται μὲ πόνον ἐντετοπισμένον εἰς τὸ δεξιὸν ὑποχόνδριον, ὅστις συνήθως ἀντανάκλαται εἰς τὴν δεξιὰν ὠμοπλάτην. Ἡ ἀντανάκλασις αὕτη ὑποβοηθεῖ τὴν διάγνωσιν ὡς ἐν ἐκ τῶν διαφορικῶν σημείων μετὰ τοῦ πόνου τοῦ ἔλκουσ. Εἶναι ὁμως δυνατὸν ν' ἀπατηθῶμεν, ὅταν ἡ ἀντανάκλασις προεξάρχη τῆς ἐντοπίσεως, ἐκλαμβάνοντες μίαν τοιαύτην π.χ. εἰς τὴν σπονδυλικὴν στήλην, ἐκ γαστρικοῦ ἔλκουσ, ὡς φυματίωσιν τῶν ὀστέων. Ἐπίσης ἕνα πάσχοντα ἐκ χρονίας σκωληκοειδίτιδος, λόγῳ τῆς ὁποίας χωλαίνει, ὡς πάσχοντα ἐξ ἰσchioαρθροκάκης.

Ἐν τῷ δεξιῷ πόνῳ παρατηρεῖται κυρίως εἰς παθήσεις τοῦ ἥπατος, χοληδόχου κύστεως καὶ χοληφόρων ὁδῶν, ἀλλὰ δυνατὸν νὰ εἶναι καὶ πυλωροδωδεκαδακτυλικός, παρὰ τὴν συνήθη ἀντανάκλασιν του πρὸς τὸ ἐπιγάστριον. Δέον ἐπίσης νὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν μίαν φλεγμονὴν τοῦ περιτοναίου παρὰ τὸ ἄνω δεξιὸν τεταρτημόριον, ὀφειλομένην εἰς πλείστας ὄσας αἰτίας, ὅπως ἥπαρ, χοληδόχος κύστις, χοληφόροι ὁδοί, δεξιὰ κωλικὴ καμπή, ὀπισθοφυλικὴ σκωληκοειδίτις. Σπανιώτερον θ' ἀναζητήσωμεν τὴν αἰτίαν τοῦ πόνου εἰς τὸν δεξιὸν νεφρὸν, τὸ διάφραγμα, τὸν ὑπεζωκότα, τοὺς σπονδύλους.

Ἐν τῷ ἀριστερῷ πόνῳ παρατηρεῖται εἰς τὰ ἔλκη τοῦ ἐλάσσονος τόξου τοῦ στομάχου, σπανιώτερον ὡς ἀντανάκλασις μιᾶς χολοκυστίτιδος, συχνότατα δὲ εἰς μίαν ἐξ ἀερίων διατάσιν τῆς σπληνικῆς καμπῆς τοῦ κόλου, εἰς ἕνα ἀνώμαλον γαστρικὸν ἀεροθάλαμον, εἰς μίαν διαφραγματοκήλην. Παρατηρεῖται ἐπίσης εἰς χρονίας φλεγμονὰς τοῦ παγκρέατος ὄχι μόνον τῆς κεφαλῆς, ἀλλὰ καὶ τοῦ σώματος καὶ κυρίως τῆς οὐρᾶς, ὅποτε οἱ πόνοι ἐντοπίζονται σαφῶς κατὰ τὸ ἀριστερὸν τεταρτημόριον. Ἀλλὰ καὶ ἐδῶ θὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν μίαν χρονίαν φλεγμονὴν τῆς σπληνικῆς κάψης, τῶν νεφρῶν, τοῦ ὑπεζωκότος.

Ἐν τῷ ἐπιγαστρικῷ πόνῳ, ὁ ἐντοπιζόμενος κάτωθεν τοῦ στέρνου, ἐρμηνεύει μίαν πάθησιν τοῦ στομάχου καὶ κυρίως ἐν ἔλκος, παρατηρεῖται ὁμως καὶ εἰς τινὰς γαστρίτιδας ὡς καὶ εἰς τὸ ἐκκόλπωμα τοῦ καρδιακοῦ στομίου.

Ἐν τῷ ὀπισθοστερνικῷ πόνῳ παρατηρεῖται εἰς τὰ ἐκκολπώματα τοῦ οἰσοφάγου, εἰς τὰς ἥπατοχολοκυστικὰς παθήσεις, δεδομένου ὅτι

αὐται συνοδεύονται ὑπὸ σπασμοῦ τοῦ καρδιακοῦ τμήματος τοῦ οἰσοφάγου.

Ὁ ἐντετοπισμένος εἰς τὴν ξιφοειδῆ ἀπόφυσιν πόνος ἐρμηνεύει βεβαίως γαστρικὰς ἀλλοιώσεις, σπανιώτερον ἥπατοχολοκυστικὰς. Γενικῶς ὅμως εἶναι δευτεροπαθῆς καὶ ἐξωγαστρικός. Ὁφείλεται κυρίως εἰς μίαν ὑπέρτασιν, εἰς βλάβην τῶν στεφανιαίων ἀρτηριῶν, εἰς ὑπερτροφίαν τῆς ἀριστερᾶς κοιλίας. Ὅταν εἶναι πρωτοπαθῆς, ὀφείλεται εἰς βλάβην τῶν ὀστών ἢ εἰς ρευματισμόν.

Ἡ ἐντόπισις εἰς τὸ κέντρον τοῦ ἐπιγαστρίου, ἢ συχνοτέρα ὄλων, δὲν ἐνέχει ἴδιαν διαγνωστικὴν σημασίαν, δεδομένου ὅτι οἱ περισσότεροὶ ἐκ τῶν ἀρρώστων παραπονοῦνται διὰ τὸ «στομάχι των».



β) Χαρακτηῆρες τοῦ πόνου: Εἶναι ἐκ τῶν πολυτιμωτέρων διαγνωστικῶν σημείων. Παρὰ τὸ ἐπιγαστριον παρατηροῦνται 4 κύρια παθολογικὰ αἰσθήματα: τὸ βάρος, τὸ αἶσθημα καύσου, ὁ συσφιγκτικὸς πόνος καὶ ὁ διαξιφιστικὸς πόνος.

1) Τὸ βάρος ὀφείλεται κυρίως εἰς διάτασιν τοῦ στομάχου καὶ παρατηρεῖται εἰς ἄτομα μὲ γαστρικὰ τοιχώματα ἄτονα, πιεζόμενα ἀπὸ περιεχόμενον μὴ ἀνεκτὸν δι' αὐτά. Ἐμφανίζεται συνήθως ἀμέσως μετὰ τὸ φαγητόν. Ὅταν ὅμως ὁ στόμαχος συσπᾶται ἀρχικῶς ἱκανοποιητικῶς, ἵνα ἐν συνεχείᾳ χαλαρωθῇ λόγῳ μυϊκῆς κοπώσεως, τότε τὸ αἶσθημα βάρους ἐμφανίζεται ἀρκετὴν ὥραν μετὰ τὴν λήψιν τῆς τροφῆς.

Ἄλλὰ καὶ μίᾳ αὔξεισις τῆς ἐνδογαστρικῆς τάσεως λόγῳ τροφῶν, ὅπως τοῦτο παρατηρεῖται εἰς πολυφάγους καὶ ταχυφάγους, δημιουργεῖ τὸ αὐτὸ αἶσθημα. Ἐνίοτε τὸ βάρος ὀφείλεται εἴτε εἰς μίαν ἀνώμαλον ποσότητα ἀέρος, δηλαδὴ μίαν ἀεροφαγίαν πολὺ ὅμως ὀλιγώτερον συχνὴν ἀπὸ ὅ,τι γενικῶς πιστεύεται, εἴτε εἰς μίαν φυσιολογικὴν ποσότητα ἐνδογαστρικοῦ ἀέρος μὲ ὑποτονικὰ γαστρικὰ τοιχώματα, ὅποτε ἔλκονται τὰ γειτονικὰ νευρικὰ πλέγματα, μὲ ἀποτέλεσμα τὸ αἶσθημα τῆς πληρότητος, τὸ ὁποῖον παρατηρεῖται εἰς διαφόρους δυσπεπτικούς. Δέον ὅμως νὰ σημειωθῇ, ὅτι τὸ τελευταῖον αὐτὸ αἶσθημα δυνατόν νὰ εἶναι ἐντερικῆς φύσεως ὀφειλόμενον εἰς ἓν δολιχόκολον, εἰς ἓν μεγάκολον ἢ καὶ εἰς ἐντερικὰς ζυμώσεις.

Τὸ αἶσθημα αὐτὸ τοῦ βάρους εἶναι ἀπολύτως μυϊκόν. Δὲν ὀφείλεται πάντοτε εἰς ἀτονίαν, παρατηρούμενον καὶ εἰς ἄτομα, συνή-

θως άνδρας, με στόμαχον ύπερτονικόν. Λόγω τής ύπερτονίας ταύτης ό στόμαχος δέν άνέχεται τό περιεχόμενόν του και τοιουτοτρόπως δημιουργείται τό ψευδές αίσθημα διατάσεως.

Ή άκτινολογική έξέτασις θά μās έπιτρέψη νά διακρίνωμεν τήν άτονίαν από τήν ύπερτονίαν και νά συστήσωμεν τήν άνάλογον θεραπείαν.

2) Τό αίσθημα καύσου, διά τό όποιον παραπονούνται πλείστοι όσοι άρρωστοι, είναι φαινόμενον βλεννογόγιον. Έρμηνεύει είτε τήν παρουσίαν έντός του στόμαχου λίαν έρεθιστικών ούσιων, είτε μίαν ύπερευαισθησίαν του γαστρικού βλεννογόνου. Ένίοτε όμως τό αίσθημα αυτό όφείλεται εις τά δύο ταύτα αίτια, λαμβανομένου ύπ' όψιν, ότι μία ούσια δυνατόν νά προκαλέση έρεθισμόν, κυρίως όταν ύπάρχη ύπερευαισθησία του βλεννογόνου.

Αί έρεθιστικά ούσια δυνατόν νά εισήχθησαν τυχαίως έντός του στόμαχου είτε διά των τροφών, είτε ύπό μορφήν φαρμάκων, όπως ή άσπιρίνη, αί σουλφοναμίδια, ώρισμένα βιοθεραπευτικά κ.λ.π. Συχνότατα όμως τό αίσθημα καύσου δέν όφείλεται εις καταποθείσας έρεθιστικάς ούσιας, αλλά όφείλεται εις δύο κυρίως φυσιολογικά ύγρά: Τό ύδροχλωρικόν όξύ και τήν χολήν.

Ή ύπεροξύτης του γαστρικού ύγρου ένοχοποιείται κατά κανόνα, ούτως ώστε «αίσθημα καύσου» και «ύπερχλωρυδρία», εις τήν αντίληψιν ίατρών τε και άρρώστων, έχουν άποκτήσει, όπως δύο συνώνυμα, τήν αύτήν έννοιαν. Και όμως ούδεμία ύποχρεωτική σχέση ιστάται μεταξύ των.

Όταν ό γαστρικός βλεννογόγιος είναι φυσιολογικός, ή ύφιστάμένη ύπεροξύτης ούδεμίαν κλινικήν έκδήλωσιν έχει. Απόδειξις τό γεγονός, ότι ό καθητηριασμός του στόμαχου εις άτομα ύγιή, άνευ ούδεμιās κλινικής έκδηλώσεως, άποκαλύπτει συχνότατα μεγάλην ποιοτικήν και ποσοτικήν αύξησιν του ύδροχλωρικού όξεος. Βεβαίως ένας μη ύγιής βλεννογόγιος δύναται νά έρεθισθί από έν ύπερτό δέον όξύ γαστρικόν ύγρόν. Δέον όμως νά σημειωθί, ότι μεταξύ των πολλών άρρώστων, οι όποιοι παρουσιάζουν τό αίσθημα καύσου, ύπάρχουν πολλοί έμφανίζοντες όχι μόνον ύποχλωρυδρίαν, αλλά' άκόμη και άχλωρυδρίαν. Είρήσθω έν παρόδω, ότι ή «ύπερχλωρυδρία», ως προκύπτει έκ των νεωτέρων έρευνών, δέν έχει πλέον τήν ύπερβολικήν εκείνην κλινικήν σημασίαν και τόν τόσον σημαντικόν ρόλον, όστις τής έχει άποδοθί.

Και εις τά έλλα ήκόμη ή σημασία τής ύπερχλωρυδρίας, όσον άφορā τήν παθογένειάν των, έχει σχεδόν έγκαταλειφθί. Ύπάρχουν έξ

ἄλλου ἔλκοπαθεῖς με φυσιολογικὴν γαστρικὴν ὀξύτητα ἢ καὶ ἡλατωμένην ἢ καὶ ἄλλοι, οἵτινες ἐπὶ ὀλοκλήρους μῆνας δὲν ὑποφέρουν, χωρὶς νὰ παρατηρηθῇ ποσοτικὴ διαφορά τοῦ ὕδροχλωρικοῦ ὀξέος, ὅποτε δυσκόλως δύναται τις νὰ συσχετίσῃ τοῦτο μετὰ τῶν πόνων.

Ἡ χολή, τὸ ἕτερον τῶν μνημονευθέντων φυσιολογικῶν ὑγρῶν παίζει, ἀντιθέτως, σπουδαῖον ρόλον εἰς τὴν δημιουργίαν τοῦ αἰσθήματος καύσου. Ὑπὸ φυσιολογικοῦς ὄρους, ἢ ἐντὸς τοῦ στομάχου ἀναγωγή τῆς χολῆς δὲν προκαλεῖ ἀνώμαλον αἶσθημα. Ὑπὸ ὠρισμένης ὁμῶς συνθήκας δύναται νὰ τὸ προκαλέσῃ. Οὕτω, ὡσάκις αὕτη λιμνάζει ἐπὶ πολὺ ἐντὸς τοῦ στομάχου λόγῳ πτώσεως ἢ στενωτικῶν φαινομένων, τότε λόγῳ τοῦ μηχανικοῦ αὐτοῦ ἐμποδίου δημιουργεῖται τὸ ὀχληρὸν αὐτὸ αἶσθημα. Ἐπίσης εἰς μερικοὺς ἡπατικούς ἀρρώστους ἢ ἀπότομος ἀναγωγή μεγάλης ποσότητος χολῆς ἐντὸς τοῦ στομάχου δημιουργεῖ τὸ αἶσθημα αὐτὸ, ἐνῶ ἀντιθέτως, ἐὰν ἡ πλήμυρα αὕτη χολῆς κατακλύσῃ τὸ ἔντερον, θὰ ἐκδηλωθῇ με διαρροϊκὰ φαινόμενα. Εἰς τὰ ἄτομα αὐτὰ ἢ διὰ καθητηριασμοῦ ἐκκένωσις τοῦ στομάχου ἐξαφανίζει ἀμέσως τὸ αἶσθημα τοῦ καύσου.

Ἡ πλήμυρα αὕτη τῆς χολῆς δυνατόν νὰ ὀφείλεται εἰς διαιτητικὰ αἴτια, δεδομένου ὅτι τροφαὶ πλούσιαι εἰς ὕδατάνθρακας καὶ λίπη προκαλοῦν ὑπερέκκρισιν χολῆς. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς μία δίαιτα ἐλάχιστη προκαλοῦσα τὴν ἔκκρισιν χολῆς, ἀπαλλάσσει τοὺς ἀρρώστους ἀπὸ τὰ ἐνοχλήματά των. Ἀλλὰ καὶ τὰ ἀμυλώδη καὶ τὰ λίπη, λόγῳ ζυμώσεων, δημιουργοῦν λιπαρὰ ὀξέα, γαλακτικά καὶ βουτυρικά, ἅτινα προκαλοῦν μέγαν ἐρεθισμὸν τοῦ βλεννογόνου.

Ὁ δεῦτερος ὄρος, ὁ καὶ πρακτικῶς σημαντικώτερος διὰ τὴν δημιουργίαν τοῦ αἰσθήματος καύσου, εἶναι ἡ εἰδικὴ εὐαίσθησις τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου.

Ὁ γαστρικὸς βλεννογόνος δὲν ἀνέχεται ὠρισμένας οὐσίας, πρὸς τὰς ὁποίας ἐμφανίζει μίαν ἀναφυλαξίαν. Πρακτικῶς ἡ λήψις ἀκόμη καὶ ἐλαχίστης ποσότητος ἀντιγόνου προκαλεῖ καῦσον. Πολλὰ ἄτομα παρουσιάζουν τὸ φαινόμενον αὐτὸ μετὰ τὴν λήψιν μιᾶς οὐσίας καὶ οὐχὶ ἄλλης ἀναλόγου, ὅπως μετὰ τὴν ἀσπιρίνην καὶ οὐχὶ τὴν πυραμιδόνην, μετὰ μίαν ποιότητα οἴνου καὶ οὐχὶ ἄλλην. Εἰς τὰς περιπτώσεις ὁμῶς καθ' ἅς τὸ ἀντιγόνον εἶναι μία κοινοτάτη οὐσία, ὅπως τὸ ἄλευρον, ἀπαιτοῦνται ἰδιαιτέραι ἐρευναι διὰ τὴν ἀνακάλυψίν του. Ἡ εὐαίσθητοποίησις αὕτη τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου εἶναι πιθανώτατα μία ἐκ τῶν ἀπαραιτήτων προϋποθέσεων, ἵνα προκληθῇ τὸ αἶσθημα καύσου ὑπὸ ὠρισμένων οὐσιῶν.

Ὁ ἕτερος ὁρος, ὁ καὶ σπουδαιότερος, εἶναι ἡ γαστρίτις. Τὸ κύριον κλινικὸν σύμπτωμα μιᾶς γαστρίτιδος, εἰς ὅλα αὐτῆς τὰ στάδια ἐξελιξέως, εἶναι τὸ αἴσθημα καύσου. Ὄταν ἕνας ἄρρωστος, ἐξαιρέσει ὠρισμένων περιπτώσεων νευρώσεως, παραπονεῖται διὰ «κάψιμο ἢ καοῦρες» μετὰ τὸ φαγητόν, πρέπει νὰ σκεφθῶμεν τὴν γαστρίτιδα. Καὶ αὐτὴ ἡ ἀναγωγή χολῆς καὶ αὐτὰ τὰ ἐκ ζυμώσεως ὀξέα δὲν προκαλοῦν τόσον σαφῶς τὸ ὀδυνηρὸν αὐτὸ αἴσθημα, παρὰ ἢ διότι δροῦν ἐπὶ γαστριτικοῦ βλεννογόνου ἢ διότι ἐνίοτε ἐδημιούργησαν τοιοῦτον. Ὡς θὰ ἴδωμεν εἰς ἄλλο κεφάλαιον, τὰ αἴτια μιᾶς γαστρίτιδος εἶναι ποικίλα: τοξικά, λοιμώδη, μηχανικά, ἀλλεργικά. Σήμερον ἐπιμένομεν ἀπλῶς ἐπὶ τῆς σημειολογικῆς σημασίας τοῦ αἰσθήματος καύσου, τὸ ὁποῖον ἐρμηνεύει ἕνα ἐρεθισμὸν τοῦ βλεννογόνου, τοῦ ὁποῦ τὰ αἴτια δέον ν' ἀναζητηθοῦν, ἀλλὰ ὀφειλόμενον συνήθως εἰς μίαν τοπικὴν φλεγμονήν.

3) Ὁ συσφιγκτικὸς πόνος. Πρόκειται περὶ τοῦ πλέον ὀργανικοῦ ἐξ ὅλων τῶν παθολογικῶν αἰσθημάτων. Ὑποδηλοῖ μίαν ἐντετοπισμένην βλάβην, ἐν ἀντιθέσει μὲ τὸ αἴσθημα βάρους, τὸ ὁποῖον ἐρμηνεύει μυϊκὴν λειτουργικὴν διαταραχήν, καὶ μὲ τὸ αἴσθημα καύσου, τὸ ὁποῖον ἐρμηνεύει φαινόμενα ἐκ τοῦ βλεννογόνου. Παρουσία τοιοῦτου ὀργανικοῦ πόνου θὰ σκεφθῶμεν αὐτομάτως τὴν ὑπαρξιν ἑνὸς ἔλκου.

Διὰ τὴν παθογένειαν τοῦ πόνου ἔχουν ὑποστηριχθῆ πολλὰ θεωρία, ὅπως ὑπογλυκαιμία, διακυμάνσεις τοῦ Ph, ἐπίδρασις τοῦ ὑδροχλωρικοῦ ὀξέος κ.λ.π. Πιθανώτατα ὅμως ὁ πόνος οὗτος ὀφείλεται εἰς ἐντόνους καὶ ἐπωδύνους συσπάσεις τοῦ στομάχου πρὸς ἀποκλεισθέντα πυλωρόν. Ἐὰν ἐπομένως ὁ πόνος αὐτὸς ἐρμηνεῖται κλινικῶς τὸ ἔλκος, δὲν εἶναι καὶ παθογνωμονικὸς τούτου. Οἷονδήποτε αἴτιον, τὸ ὁποῖον ἤθελε προκαλέσει μίαν διάχυτον φλεγμονὴν τοῦ στομάχου μὲ ἀπόφραξιν τοῦ πυλωροῦ, θὰ δημιουργήσῃ τοιοῦτον πόνον. Οὕτω ἕνας σπασμὸς, μία πυλωρίτις, μία δωδεκαδακτυλίτις ὀφειλομένη εἰς νοσοῦσαν χοληδόχον, θέλει ἐκδηλωθῆ διὰ τοιούτων πόνων. Ἡ διάγνωσις ἐπομένως θὰ βασισθῇ, ὡς θὰ ἴδωμεν, ἐπὶ τῆς ἐξελίξεως τοῦ πόνου εἰς τὸ ἔτος.

Ὄταν ὁ συσφιγκτικὸς αὐτὸς πόνος ἐδράζεται παρὰ τὴν ἥπατοχολοκυστικὴν χώραν, ὀφείλεται καὶ ἐδῶ εἰς ἕνα ἔντονον καὶ ἐπίμονον σπασμὸν, ὅστις διαρκεῖ ὅσον καὶ ἡ διάτασις, λόγῳ ἀποφράξεως τῆς χοληδόχου. Τὴν αὐτὴν ἐρμηνείαν δυνάμεθα νὰ δώσωμεν διὰ τοὺς χαμηλότερον ἐδραζομένους πόνους, τοὺς κωλικοὺς τοῦ ἐντέρου, ὀφειλομένους εἰς ἀλληλοδιαδόχους συσπάσεις τοῦ ὄργανου τούτου.

4) Διαξιφιστικός πόνος. Ούτος είναι σπανιώτερος τῶν ἄλλων ὀργανικῶν πόνων, ἀλλὰ καὶ ὁ πλέον ἔντονος τῶν παρὰ τὸ ἐπιγάστριον παρατηρουμένων. Παρατηρεῖται εἰς τὰ διατιτραίνοντα ἔλκη, ἄτινα προσβάλλουν τὸ νευρικὸν πλέγμα τοῦ στομάχου ἢ διαβιβρώσκουν τὸ πάγκρεας ὡς καὶ εἰς τὰς μεταστάσεις τοῦ καρκίνου. Τὰ διάφορα παυσίπονα δὲν τὸν ἐπηρεάζουν. Σπανίως ὁ ἄρρωστος αὐτὸς θ' ἀνακουφισθῆ μετὰ τὴν ἀπόλυτον κλινήρη ἀνάπαυσιν, ὁπότε καὶ αἱ περισταλτικαὶ κινήσεις τοῦ στομάχου ἐλαττοῦνται. Τὸ μόνον μέσον ἀνακουφίσεως τῶν ἀρρώστων αὐτῶν εἶναι ἡ χειρουργικὴ ἐπέμβασις, ἐάν ὁ ἄρρωστος ἐπιδέχεται τοιαύτην, ἄλλως δὲν ὑπολείπεται παρὰ ἢ συνεχῆς χορήγησις μορφίνης.

Γ' ΧΡΟΝΟΣ ΕΜΦΑΝΙΣΕΩΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Μεγίστης διαγνωστικῆς σημασίας εἶναι ἡ μελέτη τῆς ἐξελιξέως τῶν πόνων κατὰ τὸ 24ωρον. Οὕτω θὰ μελετήσωμεν ἀρχικῶς ἐκεῖνο τὸ ὁποῖον ὁ Sourault ἀπεκάλει τὸ «24ωρον τοῦ δυσπεπτικοῦ».

Ὁ πόνος δυνατὸν νὰ εἶναι πρῶϊμος, ὀψιμος, συνεχῆς, ἀνώμαλος.

1) Ὁ πρῶϊμος πόνος. Ἐμφανίζεται ἀμέσως ἢ σχεδὸν ἀμέσως μετὰ τὸ φαγητόν: Ὁ ἄρρωστος τρώγει καὶ πονεῖ. Ἐν συνεχείᾳ παύει δι' ὠρισμένον καὶ ποικίλης διαρκείας χρονικὸν διάστημα, ἵνα ἐπανέλθῃ κατὰ τὸ ἐπόμενον γεῦμα. Ὁ πρῶϊμος συσφιγκτικὸς πόνος εἶναι σπάνιος, ὀφειλόμενος εἰς βλάβην τινὰ τοῦ στομάχου ἢ καὶ τῆς χοληδόχου κύστεως, λόγῳ τῆς ὁποίας προκαλεῖται τοιαύτη εὐαισθησία, ὥστε μετὰ τὴν ἀπλὴν κατάποσιν τῶν τροφῶν νὰ ἀντιδρῷ ὁ στόμαχος.

Ὅσον ἀφορᾷ τὴν πρῶϊμον ἐμφάνισιν τοῦ αἰσθήματος βάρους, αὕτη ἐρμηνεύει ἓνα φαινόμενον παθητικόν, στατικόν, ὀφειλόμενον εἰς διάτασιν, εἰς ἐλάττωσιν ἢ καὶ ἐξαφάνισιν τῆς περισταλτικότητος, εἰς μηχανικὴν ἐπίδρασιν ἐπὶ τοῦ ἡλιακοῦ πλέγματος, εἰς ὑπερευαισθησίαν. Γενικῶς τὸ πρῶϊμον βάρος παρατηρεῖται ὁσάκις ὁ στόμαχος διατείνεται ἅμα τῇ λήψει τροφῆς.

Ἡ πρῶϊμος ἐμφάνισις τοῦ αἰσθήματος καύσου ἐρμηνεύει μᾶλλον αὐτὴν ταύτην τὴν ὑπερευαισθησίαν τοῦ βλεννογόνου ἔναντι τοῦ γαστρικοῦ περιεχομένου, παρὰ τὸν ἄμεσον ἐρεθιστικὸν του χαρακτήρα.

2) Ὁ ὀψιμος πόνος ἐμφανίζεται 1—5 ὥρας συνήθως μετὰ τὸ φαγητόν. Καθ' ὅλον αὐτὸ τὸ χρονικὸν διάστημα, τὸ ὁποῖον μεσολαβεῖ μεταξὺ λήψεως τροφῆς καὶ ἐκδηλώσεως πόνου, τὸ ἄτομον αὐτὸ

δὲν παρουσιάζει κανὲν ἀπολύτως ἐπώδυνον αἴσθημα. Ὁ ὄψιμος πόνος διαρκεῖ περισσότερο ἀπὸ τὸν πρῶτον, μέχρι καὶ τοῦ ἐπομένου συνήθως γεύματος, ἢ λήψις τοῦ ὁποῦ τὸν καταπραῦνει. Εἰς τὴν περιπτώσιν αὐτὴν ὁ ἄρρωστος τρώγει καὶ ἀνακουφίζεται.

Ὁ ὄψιμος συσφιγκτικὸς πόνος εἶναι ὁ συνηθέστερος ὄλων. Ἡ διὰ τροφῶν πλήρωσις τοῦ στομάχου καταπραῦνει τὴν ἔντασιν τῶν σπασμῶν, οἵτινες ἐμφανίζονται μόνον περὶ τὸ τέλος τῆς ἐκκενώσεως τοῦ στομάχου. Σημειώτεον ὅτι εἰς δῆθεν σπασμὸς τοῦ στομάχου δυνατὸν νὰ εἶναι ἐν τῇ πραγματικότητι ἐντερικός, ὀφειλόμενος εἰς ἐπώδυνους συσπάσεις τοῦ ἐγκαρσίου.

Ἡ ὄψιμος ἐμφάνισις τοῦ βάρους εἶναι φαινόμενον δυναμικόν, ὀφειλόμενον εἰς τὴν ἀντίδρασιν, ἣν προβάλλει ὁ στόμαχος πρὸς κώλυμά τι περὶ τὴν ἐκκένωσίν του. Ἐρμηνεύει τὴν ἐξάντησιν τοῦ στομάχου κατὰ τὴν ὥραν τῆς πέψεως καὶ παρατηρεῖται ἐπομένως εἰς πλείστας ὄσας περιπτώσεις, ἀκόμη καὶ εἰς πυλωρικός καταστάσεις.

Τὸ ὄψιμον αἴσθημα καύσου ἐρμηνεύει τὴν ἐπὶ τοῦ βλενογόνου — ὅστις δὲν προστατεύεται πλέον ἀπὸ τὰς τροφὰς — ἐπίδρασιν εἴτε τῶν τοπικῶν ὑγρῶν, ὅπως τὸ γαστρικὸν καὶ ἡ χολή, εἴτε ἐκείνων ἅτινα ἐσχηματίσθησαν μεταγενεστέρως, ὅπως τὰ διάφορα ἐκ ζυμώσεων ὀξέα.

3) Ὁ συνεχὴς πόνος εἶναι ἐξωγαστρικός. Ὁφείλεται εἰς τὴν προσβολὴν τῶν νευρικῶν πλεγμάτων ἢ εἰς τὴν δημιουργίαν μιᾶς περισπλαγχνίτιδος, πλέον δὲ ἔντονος εἰς περιπτώσιν διαιτηραινούσης βλάβης. Σημειώτεον ὅτι καὶ τὸ αἴσθημα καύσου δυνατὸν νὰ εἶναι συνεχές ἢ καὶ ἀνωμάλως ἐμφανιζόμενον, ὅποτε ἐρμηνεύει μίαν γενικὴν νεύρωσιν ἐξαιρετικῶς ἀτίθασον ἀπὸ θεραπευτικῆς ἀπόψεως.

4) Ὁ ἀνώματος πόνος, ὁ οὐδένα κανόνα ἀκολουθῶν, ὁ ἐμφανιζόμενος οἰανδήποτε ὥραν τῆς ἡμέρας, ὁ οὐδεμίαν σχέσιν ἔχων μὲ τὴν ὥραν λήψεως τῶν γευμάτων, παρατηρεῖται εἰς διαταραχὰς τοῦ στομάχου νευρικῆς φύσεως. Εἰς πλείστας ὄσας περιπτώσεις ὁ πόνος αὐτὸς ἐκκινεῖ οὐχὶ ἐκ τοῦ στομάχου, ἀλλὰ ἐκ γειτονικοῦ τινος ὄργανου, ὅπως ἡ χοληδόχος κύστις, τὸ παχὺ ἔντερον, ὁ νεφρός, ἢ μήτρα κ.λ.π.

Δ' Η ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΤΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Είδομεν μέχρι τοῦδε τὸ «24ωρον τοῦ δυσπεπτικοῦ», ἡ ἀνάλυσις τοῦ ὁποῖου μᾶς ἐπιτρέπει νὰ διακρίνωμεν τί συμβαίνει ἐντὸς τοῦ στομάχου, εἰς τὰ τοιχώματά του, περὶ αὐτόν.

Ἦδη θὰ πρέπη νὰ μελετήσωμεν τὴν ἐξέλιξιν τῆς νόσου ἀπὸ τῆς πρώτης ἐκδηλώσεως, μέχρι καὶ σήμερον, καὶ ἐάν τελευταίως ἡ ἐξέλιξις αὕτη ἔχη μεταβληθῆ. Πρὸς τοῦτο θὰ πρέπη νὰ μελετήσωμεν ἐκεῖνο τὸ ὁποῖον ὁ R. Guimann ἀποκαλεῖ «τὸ ἔτος τοῦ δυσπεπτικοῦ», ἡ λεπτομερὴς ἀνάλυσις τοῦ ὁποῖου θὰ μᾶς δώσῃ ἀσφαλῶς τὴν κλεῖδα τῆς διαγνώσεως.

Ἴδου π. χ. τρεῖς ἄρρωστοι : ὁ εἷς ἐξ αὐτῶν ἔχει ἔλκος τοῦ στομάχου ἢ τοῦ δωδεκαδακτύλου, ὁ ἕτερος χολοκυστίτιδα, ὁ τρίτος χρονίαν σκωληκοειδίτιδα. Καὶ οἱ τρεῖς ἄρρωστοι παραπονοῦνται διὰ τὰ αὐτὰ ἐνοχλήματα, ἦτοι : διὰ πόνους κατὰ τὸ ἐπιγαστριον ἐπερχομένους 3—4 ὥρας μετὰ τὸ φαγητόν, τὸ ἀπόγευμα ἢ τὴν νύκτα. Ἡ λήψις τῶν τροφῶν, ἀλκαλικῶν, καταπραῖνει τοὺς πόνους. Καὶ οἱ τρεῖς οὗτοι ἄρρωστοι ἔχουν ἐνίοτε ἐμέτους ὀλίγας ὥρας μετὰ τὸ φαγητόν, ἀναφέρουν δὲ εἰς τὸ παρελθόν των μίαν ἢ περισσοτέρας γαστρορραγίας.

Πῶς θὰ διακρίνωμεν, πῶς θὰ διαγνώσωμεν, ὅτι ὁ εἷς πάσχει ἀπὸ ἔλκος, ὁ ἕτερος ἀπὸ χολοκυστίτιδα καὶ ὁ τρίτος ἀπὸ δυσπεπτικὰ φαινόμενα, τὰ ὁποῖα ὀφείλονται εἰς μίαν χρονίαν σκωληκοειδίτιδα ; Ἡ μελέτη τοῦ 24ώρου ; Ἄλλ' εἶδομεν ὅτι μᾶς παρέχει καὶ διὰ τοὺς τρεῖς αὐτοὺς ἄρρώστους τὰς αὐτὰς πληροφορίας.

Ἄς ἐρευνήσωμεν ὅμως τὸν τρόπον καθ' ὃν τὰ ἐνοχλήματα ταῦτα ἐξελισσονται ἀπὸ τῆς πρώτης ἡμέρας τῆς ἐκδηλώσεως των μέχρι καὶ σήμερον, ἄς ἴδωμεν ἐάν οὗτοι ὑποφέρουν καθ' ἑκάστην καὶ συνεχῶς ἐπὶ πολλὰς ἡμέρας, ἑβδομάδας ἢ καὶ μῆνας. Ἄς προσδιορίσωμεν πόσαι ἡμέραι, πόσαι ἑβδομάδες, πόσοι μῆνες ἡσυχίας χωρίζουν τὴν μίαν περίοδον πόνων ἀπὸ τῆς ἄλλης. Τότε καὶ μόνον θ' ἀντιληφθῶμεν, ὅτι οἱ ἄρρωστοι αὐτοί, οἱ νοσολογικῶς ἐμφανίζοντες ὅμοιον 24ωρον, διαφέρουν ριζικῶς μεταξὺ των ἐάν ἐξετασθῇ τὸ «δυσπεπτικὸν ἔτος».

Πρὶν ὅμως προχωρήσωμεν εἰς τὴν ἀνάλυσιν τοῦ ἱστορικοῦ, καὶ ἐπειδὴ ἐφεξῆς θὰ γίνεταί συνεχῆς χρῆσις τῶν ὄρων κρίσις καὶ ἐπώδυνος περίοδος, θέλομεν ὀρίσει σαφῶς τὴν ἔννοιαν τούτων.

Ἵνομάζομεν κρίσιν τὸ ἀρκετὰ βραχὺ χρονικὸν διάστημα

κατὰ τὸ ὁποῖον τὸ αἶσθημα πόνου γεννᾶται, ἐπιμένει ἄνευ διακοπῆς καὶ κατόπιν ἐξαφανίζεται.

Π.χ., ἓνας ἔλκοπαθῆς ὑποφέρει ἀπὸ τὰς 4 ἕως τὰς 6. Τὸ χρονικὸν αὐτὸ διάστημα τῶν δύο ὥρων καλεῖται κρίσις. Μία ἄλλη ἀνάλογος κρίσις θὰ ἐμφανισθῇ τὴν νύκτα, ἐπὶ ἡμέρας δὲ ἢ καὶ ἐβδομάδας θὰ ἔχη καθ' ἑκάστην πανομοιοτύπους κρίσεις.

Ἐνας δεύτερος ἄρρωστος, πάσχων π. χ. ἐκ χολολιθιάσεως, καταλαμβάνεται ἀπὸ πόνους μίαν πρωτῶν καὶ ἐπὶ 48 ὥρας συνεχῶς καὶ ἄνευ διακοπῆς ἐξακολουθεῖ νὰ ὑποφέρῃ. Εἰς τὴν περίπτωσιν αὐτὴν ἡ κρίσις διαρκεῖ δύο ἡμέρας.

— Καλοῦμεν ἐπώδυνον περιόδον ἢ περίοδον πόνων τὸ χρονικὸν ἐκεῖνο διάστημα, τὸ ὁποῖον περιλαμβάνει τὰς ἀλληλοδιαδόχους κρίσεις. Εἰς τὰς γνησίας περιοδικὰς νόσους, ὅπως τὸ ἔλκος, αἱ περίοδοι αὗται ἀντιστοιχοῦν εἰς τὴν ἐξέλιξιν τῆς νόσου.

Γνησία περιοδικότης ὑπάρχει ὅταν ἐκπληροῦνται οἱ κάτωθι ὅροι: α) Αἱ περίοδοι πόνων πρέπει νὰ εἶναι ὅλαι ἢ σχεδόν ὅλαι ὁμοίαι μεταξὺ τῶν. Ἐάν ὁ ἄρρωστος ὑποφέρῃ ἄλλοτε μὲν ἐπὶ μίαν ἡμέραν, ἄλλοτε ἐπὶ ἓνα μῆνα, ἄλλοτε τρεῖς ἡμέρας κ. ο. κ., δὲν δυνάμεθα εἰς τὴν περίπτωσιν αὐτὴν νὰ εἴπωμεν, ὅτι ὑπάρχει περιοδικότης.

β) Ἡ διάρκεια τῶν ἐπωδύνων περιόδων πρέπει νὰ εἶναι χρονικῶς περιωρισμένη, ἥτοι νὰ μὴ ὑπερβαίνει τὰς ὀλίγας ἡμέρας ἢ καὶ ἐβδομάδας. Ἐάν, λόγου χάριν, ὁ ἄρρωστος μας ὑποφέρῃ συνεχῶς ἐπὶ ἓν ἔτος, παραμένῃ ἡσυχος ἀνάλογον χρονικὸν διάστημα, ἵνα ἐπανεμφανίσῃ νέον ἔτος πόνων, δὲν δυνάμεθα νὰ εἴπωμεν ὅτι ὑπάρχει γνησία περιοδικότης.

γ) Τὰ χρονικὰ διαστήματα ἀπολύτου ἡσυχίας, τὰ ὁποῖα χωρίζουν δύο περιόδους πόνων, πρέπει νὰ εἶναι ἄρκετὰ μεγάλα. Ἡ περίοδος ἡσυχίας πρέπει νὰ διαχωρίζεται, πρέπει νὰ διακρίνεται σαφῶς, νὰ εἶναι λ. χ. μεγαλύτερα ἢ περιήπου ἴση μὲ τὴν περίοδον πόνων, δηλαδὴ ἐάν ἡ περίοδος πόνων διαρκῇ ἓνα μῆνα, πρέπει καὶ ἡ ἐπακολουθοῦσα περίοδος ἡσυχίας νὰ εἶναι ἀνάλογος, ἐάν ὄχι πολὺ μεγαλύτερα. Ἐάν τούναντι ὁ ἄρρωστος μας ὑποφέρῃ καθ' ἑκάστην μὲ ἀπὸ καιροῦ εἰς καιρὸν μερικὰς ἡμέρας ἡρεμίας, δὲν δυνάμεθα νὰ εἴπωμεν ὅτι παρουσιάζει περιοδικότητα.

Ὅπως θὰ ἴδωμεν εὐθὺς ἀμέσως, ἀναλόγως τῆς ἐξελίξεως ἢ μὴ εἰς περιοδικούς πόνους, δημιουργοῦνται νοσολογικὰ πλαίσια, ἐντὸς τῶν ὁποίων τοποθετοῦνται αὐτομάτως διάφορα νοσήματα τοῦ πεπτι-

κοῦ συστήματος. Χάρις εἰς τὴν μελέτην τῶν διαφόρων χαρακτήρων τῶν πόνων εἰς τὸ 24ωρον, χάρις εἰς τὴν συγκριτικὴν μελέτην τῶν περιόδων πόνων καὶ ἡσυχίας θὰ ἴδωμεν νὰ προκύπτουν ὑποδιαίρεσεις ἐντὸς τῶν νοσολογικῶν τούτων πλαισίων, θὰ προβάλλουν δὲ διαγνώσεις ριζικῶς διάφοροι ἢ μία τῆς ἄλλης.



1) Εἰς μερικοὺς ἄρρώστους οἱ πόνοι δὲν ἔχουν καμμίαν περιοδικότητα οὔτε κατὰ τὸ 24ωρον, ἀλλὰ οὔτε καὶ κατὰ τὸ ἔτος. Εἶναι καθημερινοί, συνεχεῖς (Πίναξ Α' σχ. 1) ἀπὸ πρωῒας μέχρις ἑσπέρας, ἀκόμη καὶ τὴν νύκτα, ἐὰν οἱ ἄρρωστοὶ δὲν κοιμηθοῦν ἢ ἐὰν ἐξυπνήσουν. Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον τὰ γεύματα οὐδόλως ἐπιδροῦν, εἴτε εὐνοϊκῶς εἴτε δυσμενῶς, μερικοὶ ὅμως ἄρρωστοὶ ὑποφέρουν περισσότερον μετὰ τὴν λήψιν τροφῆς. Πρόκειται ἐπομένως περὶ πόνων συνεχῶν, τῆς αὐτῆς ἐντάσεως, διαχύτων ἢ ἐντετοπισμένων καὶ μὴ ἐπηρεαζομένων ἀπὸ φάρμακα, δίαιταν κ.λ.π.

Κατὰ τὸν ὡς ἄνω συνεχῆ τρόπον ὑποφέρουν οἱ ἔχοντες ἔξω-σπλαγχνικὰς βλάβας, ὀφειλομένας εἰς διάφορα αἷτια, ὅπως :

— πολλαπλαῖ περισπλαγχνικαὶ συμφύσεις (προσηγηθεῖσαι ἐγχειρήσεις, χρ. σκωληκοειδίτις, χολοκυστίτις, περιτονίτις).

— ἐξωτερικεὺς πρὸς τὸν ὀρογόνον ἑνὸς ἔλκουσ ἢ ἑνὸς καρκίνου.

— πίεσις νεύρων, ὅποτε προκαλεῖται εἴτε μία περίσφιγις, εἴτε εἰς ἐρεθισμὸς τῶν νευρικῶν πλεγμάτων. Εἰς ὅλας αὐτάς τὰς περιπτώσεις ἡ κλινικὴ εἰκὼν χαρακτηρίζεται ἀπὸ συνεχεῖς πόνους.

2) Μία ἄλλη ὁμάς ἄρρώστων παραπονεῖται διὰ πόνους ἀνωμάλους, ἄνευ οὐδενὸς ρυθμοῦ, εἴτε κατὰ τὸ ἔτος εἴτε κατὰ τὸ 24ωρον (σχ. 2). Οἱ ἐκδηλωθέντες πόνοι ἐξαφανίζονται διὰ μίαν ἢ περισσότεράς ἡμέρας, ἐπανέρχονται ἄνευ οὐδενὸς ρυθμοῦ καὶ εἰς ἄλλοτε ἄλλα χρονικά διαστήματα. Ἀλλὰ καὶ κατ' αὐτὸ τὸ 24ωρον οὔτε συνεχεῖς εἶναι, οὔτε καὶ τῆς αὐτῆς πάντοτε ἐντάσεως. Οὐδεμία ἐξ ἄλλου ὑπάρχει σχέσις μετὰ πόνων καὶ ὥρας λήψεως τῶν γευμάτων· εἰς τοὺς ἄρρώστους τούτους καὶ αὐτὴ ἡ λήψις τοῦ ἱστορικοῦ ἀποβαίνει δυσχερεστάτη, δεδομένου ὅτι παραπονοῦνται συνεχῶς καὶ ἐπὶ πλέον δι' ἐνοχλήματα οὐδεμίαν ἔχοντα σχέσιν μετὰ τὸ πεπτικὸν σύστημα, ὅπως δι' αἰσθημα ψύξεως, πνιγμοῦ, διάφορα τικ κ.ο.κ. Ἡ πλουσία αὕτη συμπτωματολογία, οἱ ἀνώμαλοι καὶ ἄνευ ρυθμοῦ πόνοι οὔτοι εἶναι χαρακτηριστικοὶ τῶν νευρωτικῶν.

3) Μία τρίτη ὁμάς ἄρρώστων παραπονεῖται δι' ἐνοχλήματα χαρακτηριζόμενα ἀπὸ δύο γεγονότα: κατὰ τὸ ἔτος δὲν ὑπάρχει

σχ. 1



σχ. 2



σχ. 3



σχ. 3β



σχ. 4



σχ. 5



σχ. 6



σχ. 7



σχ. 8

πραγματική περιοδικότης, ἐνῶ τούναντίον κατὰ τὸ 24ωρον οἱ πόνοι, πρῶτοι ἢ ὄψιοι, ἔχουν ἄμεσον σχέσιν μετὰ τὴν ὥραν λήψεως τῶν γευμάτων. Κατὰ τὸν τρόπον αὐτὸν ἐκδηλοῦνται κλινικῶς αἱ *δυσπεψία*, ὑπέρ—ἢ ὑποσθενικά, αἱ καλούμεναι πρωτοπαθεῖς ἢ δευτεροπαθεῖς.

Πρόκειται περὶ ἀρρώστων (σχ. 3), οἱ ὅποιοι ὑποφέρουν ἐπὶ μῆνας, ὁπότε προοδευτικῶς εἴτε λόγῳ ἀναπαύσεως, ἢ αὐστηρᾶς διαίτης ἢ χορηγήσεως διαφόρων φαρμάκων στρεφομένων κατὰ τῆς πρωταρχικῆς αἰτίας, οἱ πόνοι βελτιοῦνται. Μετὰ ταῦτα καὶ ὀλίγον κατ' ὀλίγον οἱ πόνοι ἐπανεμφανίζονται καὶ διαρκοῦν ἐπὶ ἐβδομάδας ἢ καὶ μῆνας. Αἰφνιδίως ὁμοῦ καὶ ἀπὸ καιροῦ εἰς καιρὸν οἱ πόνοι ἐξαφανίζονται διὰ μίαν ἢ δύο ἡμέρας. Ἡ γενικὴ ἐξέλιξις τῶν πόνων αὐτῶν ἀναπαρίσταται δι' ἐνὸς σχήματος (σχ. 3), τὸ ὁποῖον διαγράφει μίαν κυματοειδῆ γραμμὴν μετὰ κύματα μεγάλα, ἀνώμαλα, ἀνισα, ἄλλοτε βραχέα, ἄλλοτε μακρά, καὶ τὰ ὅποια χωρίζονται ἀλλήλων ἀπὸ κατὰ τὸ μᾶλλον ἢ ἥττον βαθείας πτώσεις, αἰτινες ἀντιπροσωπεύουν εἴτε βελτιώσεις, εἴτε προσωρινὴν ἐπάνοδον εἰς φυσιολογικὴν κατάστασιν. Ἡ σχετικὴ διάρκεια τῶν περιόδων πόνων καὶ ἡσυχίας πάντοτε ποικίλλει.

Ἄλλοτε τούναντίον (σχ. 3β) ἡ ἐπώδυνος περίοδος εἶναι μᾶλλον βραχείας διάρκειας, 15—30 ἡμερῶν, ἐνῶ ἡ ἐπακολουθοῦσα περίοδος ἡσυχίας εἶναι ἀρκετὰ ἐκδηλος, οὕτως ὥστε ἡ ἐξέλιξις αὐτὴ νὰ ὑπενθυμίζῃ τὸ ἔλκος. Πρόκειται ὁμοῦ περὶ «ψευδοῦς περιοδικότητος». Οἱ πόνοι ἐμφανίζονται καὶ ἐξαφανίζονται προοδευτικῶς καὶ οὐχὶ ἀποτόμως, εἶναι ἀνόμοιοι, ἢ δὲ ἄλλοτε ἄλλη περιοδικότης εἶναι ἀνώματος καὶ οὐχὶ κανονικῆς. Τέλος ὑπάρχει τὸ γεγονός, ὅτι ἐν πλήρει περιόδῳ πόνων, οἱ πόνοι αἰφνιδίως παύουν ἐπὶ μίαν ἕως δύο ἡμέρας, ἵνα συνεχισθοῦν εὐθὺς ἀμέσως. Ἡ διάγνωσις θέλει βασισθῆ ἐπομένως ἐπὶ τοῦ συνόλου τῶν ὡς ἄνω χαρακτήρων.

Οἰαδήποτε ὁμοῦ καὶ ἂν εἶναι εἰς τὴν κατηγορίαν αὐτὴν τῶν ἀρρώστων ἡ ἐξέλιξις εἰς τὸ ἔτος, κατὰ τὸ 24ωρον οἱ πόνοι εἶναι ὄψιοι, γεγονός τὸ ὁποῖον διακρίνει τὰς δυσπεψίας ἀπὸ τὰς προηγουμένης ομάδας ἀρρώστων. Εἰς αὐτάς οὗτοι ὀφείλονται εἰς ἐξωγαστρικὰ αἰτία, ἐνῶ εἰς τὰς δυσπεψίας οἱ πόνοι ὀφείλονται εἰς αὐτὸν τοῦτον τὸν στόμαχον, ὅστις ἀντιδρᾷ εἴτε κατὰ τὴν εἴσοδον εἴτε κατὰ τὴν ἐξοδον τῶν τροφῶν.

Ὅταν διαγνώσωμεν ὅτι πρόκειται περὶ δυσπεψίας, θὰ πρέπη ν' ἀναζητήσωμεν καὶ τὰ διάφορα αἰτία: ἥπατικά, ἐντερικά, ἐκ τῆς σκωληκοειδοῦς, ἐκ τῶν ἐνδοκρινῶν ἀδένων. Σημειωτέον ὅτι παρουσία μιᾶς δυσπεψίας διαπράττονται αἱ περισσότεραι διαγνωστικαί

πλάναι και ἐπέρχεται σύγχυσις μετὰ τὸ ἔλκος. Θ' ἀσχοληθῶμεν ὅμως εὐθὺς ἀμέσως μετὰ τὸ σχῆμα τοῦ ἔλκους, ὅποτε θὰ ἴδωμεν νὰ προβάλλουν αὐτομάτως τὰ κυριώτερα σημεῖα, ἐπὶ τῶν ὁποίων θὰ βασι-σθῆ ἡ διαφορικὴ διάγνωσις.

4) Τὸ τυπικὸν σχῆμα τοῦ ἔλκους (σχ. 4), ἄνευ τοῦ ὁποίου ἡ διάγνωσις παραμένει διστακτικὴ, τοῦ ὁποίου ὅμως ἡ παρουσία τὴν ἐπιβεβαιῶσι, χαρακτηρίζεται ἀπὸ σαφεῖς περιόδους πόνων διαρκείας ἐνὸς περιήτου μηνός και χωριζομένους ἀλλήλων ἀπὸ περιόδους ἀπολύτου ἡσυχίας μεγαλυτέρας διαρκείας.

Πράγματι, ἀποτόμως και ἄνευ προδρόμων σημείων, ὁ ἔλκοπαθὴς ἀρχίζει νὰ ὑποφέρη, και ἀπὸ τῆς στιγμῆς αὐτῆς ἐπὶ 15 ἕως 60 τὸ πολὺ ἡμέρας θὰ ὑποφέρη καθημερινῶς, συνήθως 2—3 ὥρας μετὰ τὸ φαγητὸν τῆς μεσημβρίας, ὀλίγον ἐνωρίτερον μετὰ τὸ πρόγευμα, ὀλίγον βραδύτερον μετὰ τὸ δεῖπνον. Μετὰ ταῦτα και ἀποτόμως οἱ πόνοι παύουν, ἵνα ἐξαφανισθοῦν ἐπὶ μῆνας, ἐνίοτε ἐπὶ ἔτη. Ὁ ἄρρωστος μας θεωρεῖ ἑαυτὸν ἰσθέντα, ἀντίληψιν τὴν ὁποίαν ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον συμμερίζεται και ὁ ἰατρός του.

Κατὰ τὴν μακρὰν ταύτην περίοδον ἡρεμίας ὁ ἔλκοπαθὴς δὲν ὑποβάλλεται συνήθως εἰς οὐδεμίαν ἀπολύτως δίαιταν, εἰς οὐδεμίαν φαρμακευτικὴν ἀγωγήν, χωρὶς δι' αὐτὸ νὰ ἔχη ἐν οἰονδήποτε ἐνόχλημα. Κατόπιν και πάλιν ἀποτόμως και ἄνευ ἀποχρῶντος λόγου, ἐγκαθίσταται μία νέα περίοδος πόνων, περιορισμένης διαρκείας και ἀνάλογος μετὰ τὴν προηγηθεῖσαν, ἵνα ἐπακολουθήσῃ μία νέα μακρὰ περίοδος ἡσυχίας.

Παρουσία μιᾶς τοιαύτης τυπικῆς κλινικῆς ἱστορίας δυνάμεθα, χωρὶς νὰ τὸ ἐντοπίσωμεν, νὰ βεβαιώσωμεν ἀπολύτως τὴν ὕπαρξιν ἐνὸς ἔλκους, δεδομένου ὅτι πρακτικῶς σχεδὸν οὐδεμία ἄλλη νόσος τοῦ πεπτικοῦ σωλήνος παρουσιάζει τοιαύτην περιοδικὴν ἐξέλιξιν. Ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἐντόπισιν, ὑπάρχουν, ὡς θὰ ἴδωμεν εἰς τὰ κεφάλαια περὶ ἔλκους, μερικὰ ἴδια σημεῖα, πλὴν ὅμως μόνον ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέ-τασις θὰ ἐπιτρέψῃ τοῦτο μετὰ μαθηματικῆς ἀκριβείας.

5) Ὑπάρχει και μία ἄλλη κατηγορία ἀρρώστων, οἱ ὁποιοὶ και αὐτοί, ὡς λέγουν, ὑποφέρουν κατὰ περιόδους. Ἐν ἀντιθέσει ὅμως μετὰ τὴν προηγουμένην ὁμάδα τῶν ἔλκοπαθῶν, εἰς τοὺς ὁποίους οἱ πόνοι διακοῦν ἐπὶ ἡμέρας ἢ ἐβδομάδας, ἐδῶ ἡ διάρκεια τῶν πόνων εἶναι βραχεῖα. Πρόκειται περὶ κρίσεων διαρκείας ὀλίγων ὥρων ἢ 1, 2 ἢ τὸ πολὺ 3 ἡμερῶν. Κατὰ τὸ χρονικὸν αὐτὸ διάστημα τῶν ὀλίγων ὥρων ἢ ἡμερῶν, οἱ ἄρρωστοὶ αὐτοὶ ὑποφέρουν κατὰ τὸ μᾶλλον ἢ ἥττον ὀλόκληρον τὴν ἡμέραν ἢ τούναντίον

οί πόνοι των εξαρτώνται από την ώραν λήψεως τών γευμάτων, συχνότατα δὲ ἢ ἔντασις των αὐξάνει τὴν νύκτα.

Ἐκ διαγνωστικῆς ἀπόψεως σημασίαν ἔχει τὸ γεγονός, ὅτι οἱ πόνοι διαρκοῦν ὀλίγας ὥρας ἢ ἡμέρας — μίαν ἕως τρεῖς — καὶ ὅτι μετὰ ταῦτα ἐπὶ ἕνα, δύο ἢ τρεῖς μῆνας — συνήθως ὀλιγώτερον ἀπὸ τὰ ἔλκη — οὗτοι ἐξαφανίζονται (σχ. 5).

Αἱ βραχείας διαρκείας κρίσεις αὗται δεόν νὰ στρέψουν τὴν προσοχὴν μας πρὸς τὴν *χοληδόχον κύστιν*. Ἡ περαιτέρω λεπτομερὴς ἀνάλυσις τῶν συμπτωμάτων θὰ ἐπιβεβαιώσῃ τὴν διάγνωσιν: θὰ ἴδωμεν οὕτω, ὅτι μία τοιαύτη κρίσις προεκλήθη συνήθως ἀπὸ παρέκκλισιν ἐκ τῆς διαίτης — γεγονός ἀσύνηθες εἰς τοὺς ἔλκοπαθεῖς — ὅτι συχνότατα εἰς τὴν γυναῖκα προηγείται ἢ συμπίπτει μὲ τὴν ἐμφάνισιν τῆς ἐμμήνου ρύσεως, ὅτι συνοδεύεται ἀπὸ αἰσθημα ναυτίας, ἀπὸ ὑπικτερον, ἐνίοτε δὲ καὶ ἀπὸ ἐλαφρὰν πυρετικὴν κίνησιν.

Εἶναι βεβαίως αὐτονόητον, ὅτι ὅλοι οἱ χολοκυστοπαθεῖς δὲν ὑποφέρουν πανομοιοτύπως. Οὕτω δυνατόν ἢ χοληδόχος κύστις, ἐρεθίζουσα τὸν στόμαχον, νὰ δώσῃ τὴν κλινικὴν εἰκόνα μιᾶς δευτεροπαθοῦς δυσπεψίας, ὁπότε καὶ θὰ ἐξελισσεταί ὡς εἶδομεν εἰς τὴν τρίτην ὁμάδα.



Οὐχ ἦττον ὅμως αἱ χαρακτηριστικαὶ περίοδοι πόνων τῶν ὀλίγων ἑβδομάδων εἰς τοὺς ἔλκοπαθεῖς, τῆς μιᾶς ἕως τριῶν ἡμερῶν εἰς τοὺς ἡπατοχολοκυστικούς, δὲν θὰ ἐξακολουθήσουν τὴν ἀένανσον ταύτην τυπικὴν ἐξέλιξιν. Καὶ τοῦτο διότι δύο ἐνδεχομένως γεγονότα θέλουν μεσολαμβάνει: ἡ *στένωσις* καὶ ἡ *περισπλαγχνίτις*.

6) Ὄταν λόγῳ ἐνὸς ἔλκου ἀρχίξῃ νὰ δημιουργηθῇ μία *στένωσις*, ἢ περιοδικότης μεταβάλλεται. Αἱ μὲν περίοδοι πόνων ἐπιμηκύνονται, ἢ δὲ διάρκειά των περιόδων ἡσυχίας σμικρύνεται, παύουν δὲ αὗται νὰ εἶναι τελείως ἀνώδυνοι. Ὄταν σὺν τῷ χρόνῳ ἢ στένωσις ὀργανοῦται ἔτι περισσότερο, τότε ἡ περιοδικότης ἐξαφανίζεται (σχ. 6), οἱ πόνοι εἶναι καθημερινοί, δὲν ὑπάρχουν μεσοδιαστήματα ἡσυχίας, πλὴν ὅμως εἶναι πάντοτε ὀψιμοί, ἦτοι ἐκδηλοῦνται ὀλίγας ὥρας μετὰ τὸ φαγητόν.

Ἐνίοτε μία χολοκυστίτις, λόγῳ τοῦ σχηματισμοῦ μιᾶς συμφυτικῆς ταινίας (*bride*), δύναται νὰ προκαλέσῃ στένωσιν τοῦ πυλωροῦ, ὁπότε θὰ ἔχωμεν καὶ ἐδῶ τὴν ἄνω κλινικὴν εἰκόνα.

Τὸ δεύτερον ἐνδεχομένως γεγονός, τὸ ὁποῖον μεταβάλλει τὴν

τυπικήν εξέλιξιν, εἶναι μία περισπλαγχνίτις, δημιουργηθεῖσα εἴτε ἀπὸ τὴν ἐξωτερίκευσιν ἐνὸς ἔλκου, ἰδίως τοῦ ἐλάσσονος τόξου τοῦ στομάχου, εἴτε ἐκ τοῦ σχηματισμοῦ μιᾶς ἐντόνου περιχολοκυστίτιδος περὶ μίαν φλεγμαίνουσαν χοληδόχον. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς ἡ κλινικὴ εἰκὼν τοῦ ἔλκου ἢ τῆς χολοκυστίτιδος θ' ἀντικατασταθῇ προοδευτικῶς ἀπὸ τὴν κλινικὴν εἰκόνα τῆς περισπλαγχνίτιδος (σχ. 7).

Τελικῶς δὲ οἱ ἄρρωστοὶ αὐτοὶ θὰ ὑποφέρουν καθημερινῶς καί συνεχῶς ὀλόκληρον τὴν ἡμέραν.

Ἐπάρχει καὶ ἕν τρίτον ἐνδεχόμενον, τὸ ὁποῖον εἶναι δυνατόν νὰ ἐπηρεάσῃ τὴν τυπικὴν εξέλιξιν ἐνὸς ἔλκου: ἡ κακοήθης νεοπλασματικὴ ἐξολλαγή, μὲ τὴν ὁποῖαν ὅμως θέλομεν ἀσχοληθῆ εἰς τὰ προσεχῆ κεφάλαια ἐπὶ τῆς διαφορικῆς διαγνώσεως μεταξὺ ἔλκου καὶ καρκίνου τοῦ στομάχου.

Εἶδομεν μέχρι τοῦδε πῶς, χάρις εἰς μίαν συστηματικὴν κλινικὴν ἔρευναν, βασιζομένην ἐπὶ τῆς ἐντοπίσεως, ἐπὶ τῶν χαρακτηριστικῶν καὶ ἐπὶ τῆς ἐξελίξεως τοῦ πόνου ἢ ἀναλόγου αἰσθήματος, δυνατόμεθα νὰ θέσωμεν μίαν ἀρκετὰ σαφῆ διάγνωσιν.

Δὲν πρέπει ὅμως νὰ λησμονῶμεν, ὅτι αἱ τυπικαὶ αὗται μορφαὶ αἱ ἀντιστοιχοῦσαι εἰς τυπικὰ κλινικὰ σύνδρομα, δυνατόν νὰ ἐκδηλωθοῦν κατὰ τρόπον συγκεχυμένον καὶ περιπεπλεγμένον. Οὕτω ἕνας ἔλκοπαθὴς δύναται κάλλιστα νὰ πάσχῃ συγχρόνως καὶ ἀπὸ τὴν χοληδόχον κύστιν, ὅποτε εἰς τὸ τυπικὸν σχῆμα τοῦ ἔλκου θὰ ἔχωμεν ἀπὸ καιροῦ εἰς καιρὸν τὰς γνωστὰς πλέον κρίσεις τῆς μιᾶς ἕως τριῶν ἡμερῶν (σχ. 8). Ἐπίσης, μία δυσπεψία ὀφειλομένη εἰς χρονίαν σκωληκοειδίτιδα δυνατόν νὰ συνυπάρχῃ μὲ ἕν ἔλκος, ὅποτε εἰς τὸ σχῆμα τῆς θὰ ἔχωμεν ἐπὶ πλέον καὶ τὰς τυπικὰς 'περίόδους τοῦ ἔλκου. Ἡ ἐπίσταμένη καὶ λεπτομερὴς ἔρευνα θ' ἀποσαφηνίσῃ, θὰ διαχωρίσῃ τοὺς διαφόρους αὐτοὺς συνδυασμοὺς.

*
*
*

Ἐξ ὅλων τῶν ὀργανικῶν νόσων, αἵτινες κλινικῶς ἐκδηλοῦνται διὰ πόνων καὶ τῶν ὁποίων παρεθέσαμεν τὰ διάφορα σχήματα, θὰ παρατηρήσῃ τις μετ' εὐλόγου καὶ δεδικοιολογημένης ἀπορίας, ὅτι ἐλλείπει τὸ σχῆμα τῆς πλέον ὀργανικῆς νόσου τοῦ στομάχου: τοῦ καρκίνου. Θὰ τελειώσωμεν τὸ κεφάλαιον τοῦτο μὲ μίαν ἄρνησιν, δεδομένου ὅτι σχῆμα διὰ τὸν καρκίνον τοῦ στομάχου δὲν ὑπάρχει. Ὁταν ὁ καρκίνος ἀρχίσῃ νὰ ἐκδηλοῦται διὰ πόνων, εἶναι ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον πολὺ ἀργά, πρόκειται συνήθως περὶ μεγάλου καὶ μὴ ἐπίδεχόμενου ἐπέμβασιν ὄγκου. Κατὰ τὴν περίοδον τῆς εἰσβολῆς, ἐξαιρέσει

της μορφής εκείνης ήτις και κλινικῶς και ἀκτινολογικῶς ἐμφανίζε-
ται ὡς ἔλκος τυπικῆς και μὴ μορφῆς — τοῦ ἐλκώδους καρκίνου — τὰ
συμπτώματα εἶναι ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ἀκαθόριστα, ἀθόρυβα,
ἀπατηλά, ἢ δὲ διάγνωσις εἶναι μᾶλλον ζήτημα ἰατροῦ παρά
συγκεκριμένης συμπτωματολογίας. Εἰς ὅλας ὅμως αὐτάς τὰς περι-
πτώσεις ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις θὰ θέσῃ τὴν διάγνωσιν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ Δ΄

ΤΟ ΕΛΚΩΤΙΚΟΝ ΣΥΝΔΡΟΜΟΝ

Οιαδήποτε καί ἂν εἶναι ἡ ἐντόπισις ἑνὸς ἔλκουσ, —στόμαχος, πυλωρός, δωδεκαδάκτυλον, τοῦτο ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ἔχει μίαν κοινὴν κλινικὴν εἰκόνα, κοινὴν συμπτωματολογίαν, σχεδὸν τὰς αὐτὰς ἐπιπλοκάς, οὕτως ὥστε νὰ εἴμεθα εἰς θέσιν νὰ περιγράψωμεν δι' ὅλα αὐτὰ τὰ ἔλκη, οἰασδήποτε ἐντοπίσεως, ἕν καὶ τὸ αὐτὸ σύνδρομον : τὸ ἐλκωτικὸν σύνδρομον.

Πρὶν ἢ ὅμως προχωρήσωμεν εἰς τὴν περιγραφὴν τῆς κοινῆς ταύτης κλινικῆς εἰκόνας, νομίζομεν ὅτι θὰ πρέπη ν' ἀποσαφηνισθῇ ὁ ὅρος ἔλκος, ἰδίως ἀπὸ παθολογο-ανατομικῆς ἀπόψεως. Καὶ τοῦτο, διότι ἡ συμφωνία μεταξύ τῶν συγγραφέων δὲν εἶναι ἀπόλυτος, οὕτως ὥστε μεταθανάτιος αὐτοπεψία τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου, ἢ μία φυσιολογικὴ κατάχωσις τοῦτου, νὰ ἐκλαμβάνεται συχνότατα ὡς ἔλκος.

Πολλοὶ ὀρισμοὶ ἔχουν προταθῆ διὰ τὸ ἔλκος, ὅπως: «ρωγμὴ τῆς ἐπιφανείας», «λύσις συνεχείας», «ἀπώλεια ὕλης», «λύσις συνεχείας μετὰ φλεγμονώδους βάσεως» κ.ο.κ.

Τὸ κύριον χαρακτηριστικὸν γνώρισμα τοῦ ἔλκουσ, ὅπερ χρησιμεύει καὶ ὡς διαφορικὸν σημεῖον μετ' ἐπιπολῆς βλάβας, ὅπως π.χ. μετ' ἐν μίαν διάβρωσιν, εἶναι ὅτι δὲν δύναται νὰ ἐπουλωθῇ διὰ μόνης τῆς ἀναπλάσεως τῶν ἀπολεσθέντων στοιχείων μέγρι πλήρους ἀποκαταστάσεως τῆς ἀρχικῆς του κατασκευῆς. Ἀπαραίτητος καὶ βασικὸς ὅρος διὰ τὸν σχηματισμὸν κοκκιώδους ἰστοῦ καὶ τῆς ἐπακολουθούσης οὐλῆς εἶναι ἡ ἐπέκτασις τῆς ἐξελκώσεως μέχρις ἰστοῦ ἐπὶ τοῦ ὁποίου νὰ εἶναι ἀδύνατος ἡ ἀνάπλασις ἐπιθηλίου.

Ὅταν ἡ καταστροφὴ τοῦ ἐπιθηλίου προχωρῇ ἄρκετὰ ἐν τῷ βάθει, συμπεριλαμβάνουσα οὕτω καὶ ἰστὸν διάφορον, εἰς τὸν ὁποῖον εἶναι ἀδύνατος ἡ μετανάστευσις ἐπιθηλιακῶν κυττάρων, λαμβάνει τότε χώραν μία ἐπεξεργασία ἀντικαταστάσεως καὶ ἀναπτύξεως, σκοπὸς τῆς ὁποίας εἶναι νὰ δημιουργήσῃ ἕν ὑπόστρωμα συνδετικοῦ ἰστοῦ, ἀνάλογον μετ' ἐκεῖνο ἐπὶ τοῦ ὁποίου φυσιολογικῶς κεῖται τὸ ἐπιθηλίον.

Ἡ καταστροφὴ τοῦ ἐπιθηλίου ἐντὸς μιᾶς περιγεγραμμένης περιοχῆς πρέπει νὰ εἶναι **τ ε λ ε ί α**, ἐὰν ὁ κύριος παράγων τῆς ἐπα-

νορθώσεως θά εἶναι κοκκίωσις καί ἐπούλωσις. Δυνάμεθα ἐπομένως νά προσδιορίσωμεν τὸ ἔλκος ὡς μίαν πλήρη καί περιγεγραμμένην ἀπώλειαν ἐπιθηλιακῶν στοιχείων μετ' ἀναπτύξεως συνδετικοῦ ἱστοῦ.

Ὁ ὀρισμὸς οὗτος τοῦ ἔλκους (στομάχου, δωδεκαδακτύλου, νήστεως) συνεπάγεται τὴν γνώσιν τῆς ἀνατομικῆς κατασκευῆς τῶν ὀργάνων αὐτῶν.

Ὑπενθυμίζομεν, ὅτι τὸ τοίχωμα τοῦ στομάχου περιλαμβάνει πολλά στρώματα καί ὅτι ὁ βλεννογόνος ἀποτελεῖται ἐκ δύο, ἀπὸ τὸ ἐπιθήλιον καί τὸ ἀδενικόν, ὅπερ περιέχει τοὺς γαστρικοὺς ἀδένας, οἵτινες περιβάλλονται ὑπὸ συνδετικῶ ἱστοῦ, αἰμοφόρων καί λεμφικῶν ἀγγείων, ὡς καί νεύρων. Ἡ μυϊκὴ στιβάς τοῦ βλεννογόνου κεῖται ἔξω τοῦ ἀδενικοῦ στρώματος.

Τὸ τοίχωμα τοῦ δωδεκαδακτύλου περιλαμβάνει τὰ αὐτὰ στρώματα, μετὰ τὴν διαφορὰν ὅτι οἱ ἀδένες Brünner κείνται ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ἐντὸς τοῦ ὑποβλεννογονίου.

Τὸ τοίχωμα τῆς νήστεως ὁμοιάζει μετὰ τὸ τοῦ δωδεκαδακτύλου. Ἄν καί τοῦτο δὲν ἀναγνωρίζεται ὑφ' ὄλων, τὸ ἄνω τμήμα τῆς νήστεως περιέχει ὁμάδας ἀδένων Brünner, ὅπερ δὲν παρατηρεῖται εἰς τοὺς κύνας καί ἄλλα πειραματόζωα.

Ὁρισμὸς τοῦ ἔλκους : Καλεῖται ἔλκος μία περιγεγραμμένη καταστροφή τοῦ βλεννογόνου τοῦ στομάχου, τοῦ δωδεκαδακτύλου ἢ τῆς νήστεως, ὅταν αὕτη ἐπεκτείνεται καί διὰ μέσου τῆς μυϊκῆς στιβάδος τοῦ βλεννογόνου (muscularis mucosa). Τότε μόνον ἡ συνέχεια τοῦ βλεννογόνου ἐξαφανίζεται τελείως, ἀποτέλεσμα δὲ τῆς ἐπανορθώσεως θά εἶναι μία οὐλή.

Ὁφείλομεν ὅμως νά προβῶμεν εἰς τὴν ἀνατομικὴν διάκρισιν μεταξὺ διαβρώσεως καί ἔλκους, δεδομένου ὅτι αἱ παθονομικαὶ καὶ τῶν σχέσεις γεννοῦν ἀμφιβολίας. Ἄλλὰ καί ὅταν δὲν ὑπάρχουν τοιαῦται ἀμφιβολίαι, αἱ δύο αὐταὶ ἀνατομικαὶ βλάβαι διαφέρουν μεταξὺ τῶν ὅσον ἀφορᾷ τὴν κλινικὴν τῶν σημασίαν, τὴν ἐξέλιξιν τῶν, τὴν ἴασίν τῶν, ἀλλὰ καί ὡς πρὸς τὴν αἰτιολογίαν τῶν.

Ποῖαι αἱ σχέσεις μεταξὺ διαβρώσεως καί ἔλκους ;

Ἡ διάβρωσις εἶναι ἀπώλεια ὕλης, ἥτις δὲν ἀφορᾷ ὀλόκληρον τὸ πάχος τοῦ βλεννογόνου. Εἰς ἐκείνους δὲ τοὺς βλεννογόνους, οἵτινες ἔχουν μυϊκὴν στιβάδα, ἡ διάβρωσις οὐδέποτε τὴν προσβάλλει.

Τὸ ἔλκος προσβάλλει ὀλόκληρον τὸν βλεννογόνον, διέρχε-

ται διά τῆς μυϊκῆς στιβάδος, συχνά δὲ καὶ διά τῶν ὑπολοίπων στρωμάτων τοῦ στομάχου, δωδεκαδακτύλου καὶ νήστεως.

Ἐν ἀντιθέσει μὲ τὰ ὑπὸ τοῦ Aschoff ὑποστηριχθέντα, ἡ διάμετρος τῆς ἀνατομικῆς βλάβης δὲν δύναται νὰ ληφθῇ ὑπ' ὄψιν ὡς μέσον διαχωρισμοῦ. Συνεπῶς, μόνον κριτήριον μεταξὺ διαβρώσεως καὶ ἔλκους μένει τὸ β ἄ θ ο ς τῆς βλάβης, εἰς τὸ ὁποῖον δυνάμεθα νὰ προσθέσωμεν τὸν βασικῶς διάφορον τρόπον ἐπουλώσεως. Ἡ διάβρωσις ἐπουλοῦται δι' ἀναπλάσεως χωρὶς νὰ ἐγκαταλείπη οὐλήν, ἐνῶ τὸ ἔλκος ἐπουλοῦται διά τοῦ σχηματισμοῦ κοκκιώδους ἰστοῦ.

Ὅσον ἀφορᾷ τὴν ὄψιν ἣ γένεσιν ἐνὸς ἔλκους χρησιμοποιοῦνται οἱ ὄροι: διατιτραῖνον, τυλῶδες, σκληρόν, στρογγύλον, ἀνώμαλον, αἰμορραγικόν, φυματιῶδες, συφιλιδικόν, καρκινωματῶδες, πεπτικόν, τραυματικόν κ.ο.κ.

Πολὺ συχνά, ἐπίσης, χρησιμοποιεῖται ὁ ὄρος «ἔλκος ἐν ἐνεργείᾳ». Κλινικῶς, τοῦτο ὑπονοεῖ ἐν ἔλκος ὑποτροπιάζον ἢ προκαλοῦν ἐνοχλήματα. Ἐπομένως ἡ δρᾶσις ἐνὸς ἔλκους εἶναι λειτουργία οὐχὶ τόσον τῶν ἀνατομικῶν χαρακτηριστικῶν, ὅσον τῶν κλινικῶν ἐκδηλώσεων του. Καὶ ἡ ἄποψις ὁμῶς αὕτη δὲν εἶναι ἀπόλυτος, δεδομένου ὅτι καὶ ἀκτινολογικῶς καὶ γαστροσκοπικῶς περιεγράφησαν ἔλκη «ἀκόμη ἐν ἐνεργείᾳ», δηλαδή μὴ εἰσέτι ἐπουλωθέντα, παρὰ τὴν ἐξαφάνισιν τῶν κλινικῶν συμπτωμάτων. Ὅταν ἐξ ἄλλου λέγωμεν «ἔλκος ἐν ἀδρανείᾳ», ὑπονοοῦμεν ὅτι ὁ ἔλκοπαθὴς δὲν ὑποφέρει πλῆρον, καὶ ὅτι ἡ ἀνατομικὴ βλάβη εἴτε ὑπάρχει χωρὶς νὰ προκαλῆ συμπτώματα, εἴτε ἔχει ἐπουλωθῆ. Τοῦτο διαφέρει σαφῶς τοῦ «λανθάνοντος» ἔλκους, τὸ ὁποῖον οὐδέποτε προῦκάλεσεν ἐνοχλήματα, ἀνεκαλύφθη δὲ τυχαίως ἢ ἀνευρέθη κατὰ μίαν νεκροψίαν, ἢ καὶ ἐξεδηλώθη ἀποτόμως διά μιᾶς αἰμορραγίας ἢ μιᾶς διατρήσεως.

Ἡ ἀνατομικὴ ταξινόμησις τοῦ «ἐν ἐνεργείᾳ» ἢ «ἐν ἀδρανείᾳ» ἔλκους θὰ ἐξαρτηθῇ γενικῶς ἀπὸ τὴν ἱστολογικὴν ἐξέτασιν, δεδομένου ὅτι μόνη ἢ μακροσκοπικὴ δὲν ἀρκεῖ. Οὕτω οἱ Hurst καὶ Stewart χαρακτηρίζουν ἐν ἔλκος «ἐν ἐνεργείᾳ» ἀνατομικῶς, ὅταν ὑπάρχη διήθησις ἐξ οὐδετεροφίλων πολυμορφοπυρήνων, ἐν ἀντιθέσει μὲ τὸ χρόνιον τ υ λ ῶ δ ε ς ἔλκος, τὸ ὁποῖον χαρακτηρίζεται ἀπὸ ἀνάπτυξιν ἰνώδους ἰστοῦ μετὰ λεμφοκυττάρων καὶ ἠωσινοφίλων. Ἐὰν εἰς ἐν τοιοῦτον ἔλκος παρατηρηθοῦν οὐδετερόφιλα, τοῦτο ἐρμηνεύει μίαν ἐν ἐνεργείᾳ κατάστασιν τοῦ ἔλκους. Ἡ ἱστολογικῶς ὁμῶς διαπιστωμένη τοιαύτη «ἐν ἐνεργείᾳ» κατάστασις δὲν σημαίνει πάντοτε καὶ κλινικὴν τοιαύτην.

Οἱ ὄροι «στρογγύλον» ἢ «ἀπλοῦν» ἔλκος ἐχρησιμοποιοῦντο εὐρύτατα παλαιότερον, καὶ ἀνεφέροντο εἰς τὸ κοινὸν ἔλκος τοῦ στο-

μάχου ή δωδεκαδακτύλου ή και της νήστεως. Σήμερον οί 'Αγγλοσάξωνες συγγραφείς προτιμοῦν τόν ὄρον «πεπτικόν» ἔλκος, ἐνώ οί Γάλλοι ὡς και ἡμεῖς διά τοῦ ὄρου τούτου ὑπονοοῦμεν τό μετεγχειρητικόν ἔλκος. Ὁ ὄρος «πεπτικόν» ἔλκος ὀφείλεται εἰς τήν παλαιάν ἀντίληψιν, ὅτι τοῦτο δημιουργεῖται ἐκ της πεπτικῆς ἐπιδράσεως τοῦ γαστρικοῦ ὑγροῦ, ἐχρησιμοποιεῖται δέ τό πρῶτον τό 1882 ἀπό τόν Quinke ἀνεξαρτήτως της ἐντοπίσεώς του. Σήμερον ὁμως γνωρίζομεν, ὅτι τό ἔλκος τοῦ στομάχου φυσιοπαθολογικῶς διαφέρει τοῦ ἔλκους τοῦ δωδεκαδακτύλου, πιθανώτατα δέ και αἰτιολογικῶς. Ἐπομένως εἶναι προτιμότερον νά ὀνομάζωμεν τά ἔλκη ἀναλόγως της ἐντοπίσεώς των, ὡς ἐάν ἐπρόκειτο περί διαφόρου νόσου, ἦτοι ἔλκος στομάχου, 12)δακτύλου ή μετεγχειρητικόν της νήστεως.

Αἱ δύο γενικαί μορφαί τῶν ἔλκων αὐτῶν εἶναι ἡ ὀξεῖα και ἡ χρονία, εἰς τὰς ὁποίας προστιθεται ὑπό τινων και ἡ ὑποξεῖα. Οἱ τρεῖς οὔτοι ὄροι, ἰατρικῶς, δυνατόν νά ἔχουν διάφορον ἔννοιαν. Γενικῶς ἐρμηνεύουν τόν χρόνον και τόν βαθμόν σοβαρότητος, ἐνίστε ὁμως ὑπονοεῖται ἄλλοτε μόνον ὁ χρόνος και ἄλλοτε μόνον ἡ σοβαρότης της καταστάσεως. Κ λ ι ν ι κ ῶ ς τά συνήθη κριτήρια της ὀξείας φάσεως ή της χρονιότητος μιᾶς νόσου εἶναι ὁ τρόπος εἰσβολῆς και ἡ διάρκεια τῶν συμπτωμάτων. Μία ὀξεῖα κατάστασις εἰσβάλλει σχετικῶς ἀποτόμως, εἶναι βραχείας διαρκείας και συνήθως βαρείας μορφῆς. Μία χρονία κατάστασις εἰσβάλλει προοδευτικῶς, ἔπεται συχνά μιᾶς ὀξείας, εἶναι μεγάλης διαρκείας και ὀλιγώτερον βαρείας μορφῆς, ἰδίως ὅσον ἀφορᾷ τόν πυρετόν κτλ. Ὁ πόνος ὁμως δυνατόν νά εἶναι της αὐτῆς ἐντάσεως και εἰς τὰς δύο μορφάς. Τά ἱστολογικά κριτήρια τῶν δύο τούτων καταστάσεων ἀποτελοῦνται ἀπό τόν τρόπον της ἀντιδράσεως τῶν κυττάρων τῶν ἰστών τοῦ σώματος, ἰδίως προκειμένου περί τῶν γαστροδωδεκαδακτυλικῶν ἔλκων. Και τοῦτο διά δύο λόγους. Πρῶτον, τά ὀξεῖα ἔλκη σπανίως ἐκδηλοῦνται κλινικῶς, ἐκτός ἐάν αἰμορραγήσουν ή διατρηθοῦν. Ὡς ἐκ τούτου, ἡ διάγνωσις «ὀξὺ ἔλκος» θά βασισθῇ μόνον ἐπί παθολογο-ἀνατομικῶν εὐρημάτων. Δεύτερον, ἡ διάγνωσις ἑνός ὀξέος ή χρονίου ἔλκους θά βασισθῇ ὄχι τόσον ἐπί της διαρκείας της ἀνατομικῆς βλάβης ὅσον ἐπί τοῦ σταδίου και της φύσεως της φλεγμονώδους ἐπεξεργασίας εἰς τά χεῖλη και τήν βᾶσιν τοῦ ἔλκους. Ἡ σημαντική διαφορά μεταξὺ ὀξείας και χρονίας φλεγμονώδους ἐπεξεργασίας, εἶναι ὁ βαθμός ἀναπτύξεως τοῦ συνδετικοῦ ἰστοῦ, ὅστις και διαχωρίζει τό ὀξὺ ἀπό τό χρόνιον ἔλκος. Ἡ ὑποξεία φλεγμονώδης ἐπεξεργασία εἶναι μία ἐνδιάμεσος κατάσταση, δυσκόλως ἀναγνωρίζομένη, δεδομένου ὅτι μία ἀνάπτυξις συνδε-

τικοῦ ἱστοῦ, ἣτις ἐπηκολούθησε μίαν ὀξεῖαν φάσιν, βαίνει πρὸς τὴν ἀρχομένην ἤδη χρονίαν κατάστασιν.

Εἰς περίπτωσιν διὰ θρῶσεως, ἡ βλάβη τοῦ βλεννογόνου εἶναι μικρά συνήθως καὶ ἐπιπολῆς, ὁ δὲ πυθμὴν τῆς περιέχει τμήματα βλεννογονίων ἀδένων. Κατὰ τὴν ἐπούλωσιν παρατηρεῖται ἀσήμαντος ἀνάπτυξις ἰνώδους ἱστοῦ, οἱ ἀδένες ἀναπλάσσονται καὶ δὲν σχηματίζεται οὐλή. Εἰς περίπτωσιν ὀξέος ἔλκουσ, ἡ βλάβη διέρχεται διὰ τῆς μυϊκῆς στιβάδος τοῦ βλεννογόνου. Ὁ πυθμὴν τοῦ πληροῦται κοκκιώδους ἱστοῦ, ὅστις καλύπτεται ἀπὸ ἀναπτυσσόμενα ἐπιθηλιακά κύτταρα, ὁ δὲ ἰνώδης ἱστός εἶναι ἀσήμαντος, ὥστε ἡ δημιουργουμένη οὐλή εἶναι μικρά, δυσκόλως ἀνευρισκομένη. Εἰς περίπτωσιν χρονίου ἔλκουσ, ἡ ἐπούλωσις ἐπέρχεται βραδέως ἢ ἐμφανίζεται ταχεῖα ἀνάπτυξις συνδετικοῦ ἱστοῦ, ὁπότε τὸ ἔλκος τοῦτο χαρακτηρίζεται κυρίως ἀπὸ τὴν παρουσίαν εἰς τὸν πυθμὴν τοῦ συνδετικοῦ ἱστοῦ καὶ ἠωσινοφίλων, ὁ ὑποβλεννογόνιος χιτῶν εἶναι πεπαχυσμένος καὶ σχεδὸν πάντοτε ἔχει προσβληθῆ καὶ ὁ μυϊκός. Πάντοτε δὲ δημιουργεῖται μία μεγάλη οὐλή. Εἰς περίπτωσιν βραδείας ἐπούλωσεως, ὁ συνδετικὸς ἱστός σκληρύνεται καὶ δημιουργεῖται οὕτω ἕν τυλώδες ἔλκος.

Περίληπτικῶς ἐπομένως δυνάμεθα νὰ εἴπωμεν ὅτι :

— διὰ θρῶσις εἶναι μία περιγεγραμμένη ἀπώλεια ὕλης τοῦ βλεννογόνου, ἣτις δὲν προσβάλλει τὴν βλεννογόνιον μυϊκὴν στιβάδα.

— ἔλκος εἶναι μία περιγεγραμμένη ἀπώλεια ὕλης, ἣτις διέρχεται διὰ τῆς βλεννογονίου μυϊκῆς στιβάδος.

— ἕν ὀξύ ἔλκος χαρακτηρίζεται ἀπὸ τὸ γεγονός, ὅτι τὰ χεῖλη τοῦ καὶ ὁ πυθμὴν ἐλάχιστον ἢ οὐδὲν περιέχουν συνδετικὸν ἱστόν.

— ἕν χρόνιον ἔλκος χαρακτηρίζεται ἀπὸ ἀφθονίαν συνδετικοῦ ἱστοῦ εἰς τὰ χεῖλη καὶ τὸν πυθμὴν, μετὰ τοπικῆς ἠωσινοφιλίας.

— γενικῶς δὲ ἕν «ἔλκος» εἶναι μία μὴ εἰδική, καλοῆθης ἐξέλκωσις ἐντετοπισμένη εἰς ἕν τμήμα τοῦ ἄνω πεπτικοῦ σωλήνος.

*
**

Εἴπομεν προηγουμένως τί ἐννοοῦμεν, παθολογο-ἀνατομικῶς, λέγοντες ἔλκος. Ἀπὸ κλινικῆς ὅμως ἀπόψεως τὸ ἔλκος δὲν δύναται πλέον νὰ θεωρηθῆ — ὅπως ἐπιστεύετο παλαιότερον — ὡς μία βλάβη ἐξελισσομένη εἴτε πρὸς τὴν ἴασιν, εἴτε πρὸς μίαν χρονίαν κατάστα-

σιν. Τὸ ἔλκος εἶναι ἡ ἐκδήλωσις μιᾶς γενικῆς νόσου, τῆς «νόσου ἔλκος», ἣτις ἐντοπίζεται ἐπὶ τοῦ στομάχου ἢ τοῦ δωδεκαδακτύλου, καὶ ἣτις ἐξελλίσσεται κυρίως κατὰ περιόδους πόνων, χωριζόμενας ἀλλήλων ὑπὸ περιόδων φαινομενικῆς λάσεως καὶ ἀπολύτου κλινικῆς ἡρεμίας, διαρκείας πολλῶν ἐβδομάδων, μηνῶν ἢ καὶ ἐτῶν.

Ἡ νόσος αὕτη δύναται νὰ ἐκδηλωθῇ καὶ νὰ ὑποτροπιάσῃ καὶ ἐπὶ χειρουργηθέντος στομάχου, ὑπὸ τὴν μορφήν τοῦ λεγομένου πεπτικοῦ ἢ μετεγχειρητικοῦ ἔλκους.

Νόσος μυστηριώδης, τὸ ἔλκος ἔχει προκαλέσει πλείστας ὄσας συζητήσεις. Παλαιότερον αὗται ἀφεώρων κυρίως τὴν ἐντόπισιν. Σήμερον αὗται ἀφοροῦν τὴν παθογένειαν καὶ τοῦτο, διότι, χάρις εἰς τὸν ἀκτινολογικὸν ἔλεγχον, τὸ ζήτημα τῆς ἐντοπίσεως ἔχει λυθῆ ὀριστικῶς. Παραμένει εἰσέτι, παρὰ τὰς ἀπειραρίθμους διεθνεῖς ἐργασίας, ἀνοικτὸν τὸ θέμα τῆς παθογενείας, ἐπομένως καὶ τῆς θεραπείας.

Ἔλκη, οἰασδῆποτε ἐντοπίσεως, ἔχουν κοινὴν κλινικὴν εἰκόνα, ἣτις μᾶς ἐπιτρέπει νὰ περιγράψωμεν ἓν κοινὸν σύνδρομον: τὸ ἐλκωτικὸν σύνδρομον. Παρουσία τοῦ συνδρόμου τούτου ἢ διάγνωσις τοῦ ἔλκους εἶναι εὐκόλος. Ὅσον ἀφορᾷ ὅμως τὴν ἐντόπισιν, ἐπαναλαμβάνομεν, μόνον μία πλήρης ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις θ' ἀποκαλύψῃ καὶ θὰ προσδιορίσῃ ἐπακριβῶς τὴν ἔδραν τοῦ ἔλκους. Κατωτέρω θέλομεν περιγράψῃ τὴν κοινὴν καὶ τυπικὴν κλινικὴν εἰκόνα ἐνός ἔλκους οἰασδῆποτε ἐντοπίσεως, τὸ ὁποῖον δὲν παρουσιάζει οὐδεμίαν ἐπιπλοκὴν.

Ἄρχῃ ἢ περίοδος εἰσβολῆς τοῦ ἔλκους: Εἰς τὰ πλείστα τῶν κλασσικῶν συγγραμμάτων, ἀλλὰ καὶ εἰς τὰ πλέον πρόσφατα, περιγράφεται ἡ περίοδος εἰσβολῆς τοῦ ἔλκους ὡς χαρακτηριζομένη ἀπὸ ἀκαθόριστα δυσπεπτικά φαινόμενα, ἀπὸ ἐμέτους, ἀπὸ ὀξίνους ἐρυσγᾶς, ἀπὸ αἰσθημα καύσου κ.ο.κ. Πολὺ ἀργότερον θέλουσιν ἐκδηλωθῆ τὰ χαρακτηρίζοντα τὸ ἔλκος συμπτώματα, καὶ ἐπομένως ἡ διάγνωσις εἶναι ἀδύνατος κατὰ τὴν περίοδον ταύτην. Ἡ κλασσικὴ αὕτη περιγραφή, κατόπιν ἰδίως τῶν ἐργασιῶν τοῦ Gutmann, δὲν ἀνταποκρίνεται πρὸς τὴν πραγματικὴν κλινικὴν εἰκόνα.

Τὸ ἔλκος εἶναι μία νόσος μὲ ἰδίους χαρακτήρας, ἣτις ἐξελλίσσεται κατὰ περιόδους: αἰφνιδίως, ἐν πλήρει φαινομενικῇ ὑγείᾳ, ὁ ἄρρωστος ἀρχίζει νὰ ὑποφέρῃ, παρουσιάζει ἐντόνους πόνους ὀλίγας ὥρας μετὰ τὸ φαγητόν, οἱ ὁποῖοι ἀπὸ τῆς στιγμῆς ταύτης θὰ ἐκδηλοῦνται καθ' ἐκαστην, τὴν αὐτὴν ὥραν διὰ τὸν αὐτόν

ἄρρωστον, καί ἐπί ἓνα ὠρισμένον χρονικόν διάστημα διαρκείας 8 — 15 ἡμερῶν, μέχρις ἑνός ἕως δύο μηνῶν. Μετά ταῦτα, ταχύτατα, ἄνευ ἀποχρῶντος λόγου, οἱ πόνοι ἐξαφανίζονται ἐπί μηνας, ἐνίοτε ἐπί ἔτη, χωρίς ὡς ἐπί τὸ πλεῖστον ὁ ἄρρωστος νὰ ὑποβάλλεται εἰς οἰανδήποτε φαρμακοδιαιτητικὴν ἀγωγὴν.

“Ὅπως θὰ ἴδωμεν εἰς προσεχῆ κεφάλαια διαπραγματευόμενοι τὴν ἀκτινολογικὴν εἰκόνα τῶν ἔλκων, συγχρόνως μὲ τὴν ἐμφάνισιν τῶν κλινικῶν σημείων ἐμφανίζονται καὶ τὰ ἀκτινολογικά, παραμένουν ὅσον καὶ τὰ κλινικά, βελτιοῦνται συγχρόνως μὲ αὐτά, εἰς τὰς περιπτώσεις δ' ἐκείνας καθ' ἃς δὲν ἔχουν ἐπέλθει χρόνιαι ἀνατομικαὶ ἀλλοιώσεις ἐξαφανίζονται συγχρόνως μὲ αὐτά.

Δυνάμεθα ἐπομένως νὰ εἴπωμεν, ὅτι ἡ περίοδος εἰσβολῆς τοῦ ἔλκουσ δὲν εἶναι τίποτε ἄλλο παρά ἡ πρώτη περίοδος πόνων.

Εἰς ἓνα παλαιὸν ἔλκοπαθῆ ἢ λεπτομερῆς λήψις τοῦ ἱστορικοῦ του θ' ἀποκαλύψῃ, ὅτι τῶν σημερινῶν φαινομένων, διὰ τὰ ὁποῖα παραπονεῖται, προηγήθησαν ἄλλα πανομοιότυπα, ἥτοι ἀνάλογοι περίοδοι πόνων, μέχρις ὅτου φθάσωμεν εἰς τὴν πρώτην, πρὸ τῆς ὁποίας δὲν ὑπῆρχε τίποτε πλέον. Ἡ μόνη διαφορὰ ἐπομένως μεταξὺ τῆς πρώτης περιόδου πόνων καὶ τῶν μεταγενεστέρων εἶναι αἱ διαγνωστικαὶ δυσχέρειαι λόγῳ ἑλλείψεως ἱστορικοῦ. Ἡ ἑλλειψις αὕτη ἱστορικοῦ εἰς ἓνα ἄρρωστον παραπονούμενον τὸ πρῶτον διὰ πόνους κατὰ τὸ ἐπιγαστριον, ἐπερχομένους ὀλίγας ὥρας μετὰ τὸ φαγητόν, δὲν πρέπει νὰ μᾶς ἀποτρέψῃ ἀπὸ τὴν διάγνωσιν τοῦ ἔλκουσ. Ἐξ ἄλλου αἱ ἀκτινογραφίαι θὰ δικαιώσουν τὴν διάγνωσίν μας.

Εἶναι πιθανόν ἢ πρώτη αὕτη περίοδος πόνων νὰ μὴ ἐπαναληφθῆ. Τοῦτο παρατηρεῖται εἰς τινὰ ἔλκη τοῦ στομάχου, πολὺ ὀλιγώτερον εἰς τὰ τοῦ δωδεκαδακτύλου, ὡς ἐπί τὸ πλεῖστον ὁμως μετὰ μίαν περίοδον ἡσυχίας, ποικίλης διαρκείας, θὰ ἐπανέλθουν καὶ τὰ κλινικά καὶ τὰ ἀκτινολογικά σημεία.

Ἐπάρχουν ὁμως ἐνίοτε μερικοὶ ἔλκοπαθεῖς, οἱ ὁποῖοι πρὸ τῆς ἐκδηλώσεως τῶν χαρακτηριστικῶν πόνων παρεπονοῦντο πράγματι διὰ δυσπεπτικά φαινόμενα. Ἡ λεπτομερῆς ἀνάλυσις τοῦ ἱστορικοῦ θὰ μᾶς ἀποκαλύψῃ, ὅτι ταῦτα ὠφείλοντο εἰς νοσήματα τοῦ ἐντέρου, ἥπατος, χοληδόχου κύστεως, ἢ ὅτι ἐπρόκειτο περὶ γαστρικῶν φαινομένων. Τὰ ὡς ἄνω ἐνοχλήματα διαφέρουν καὶ κλινικῶς καὶ ἀκτινολογικῶς. Ἡ διαπίστωσις τῶν ἐνδιαφέρει κυρίως ἀπὸ θεραπευτικῆς ἀπόψεως, διότι, ἐάν ὁ ἔλκοπαθὴς αὐτὸς ἤθελε χειρουργηθῆ, τὰ δυσπεπτικά φαινόμενα δὲν πρόκειται νὰ ἐξαφανισθοῦν, θὰ χαρακτηρισθοῦν δὲ συνήθως ὡς μετεγχειρητικὰ ἐπιπλοκά. Ἡ συνύπαρξις ὁμως τῶν δυσπεπτικῶν αὐτῶν φαινομένων δὲν εἶναι συνήθης, τὸ δὲ ἔλκος

έκδηλοῦται ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον, ὡς εἶπομεν, ἐν πλήρει φαινομενικῇ ὑγείᾳ.

Αἱ ἄνω διαπιστώσεις ὁδηγοῦν εἰς ὠρισμένα συμπεράσματα:

1ον. Οἰονδήποτε ἄτομον, ἐμφανίζον αἰφνιδίως ὀψίμους πόνους κατὰ τὸ ἐπιγαστριον καθημερινῶς, εἶναι ὑποπτον δι' ἔλκος.

2ον. Ἡ ὑπαρξίς τῆς πρώτης περιόδου πόνων ἀποδεικνύει, ὅτι τὸ ἔλκος δὲν εἶναι ἀποκλειστικὸν προνόμιον τῶν νέων, δεδομένου ὅτι τοῦτο δύναται νὰ ἐκδηλωθῇ εἰς οἰανδήποτε προκεχωρημένην ἡλικίαν.

3ον. Ἡ διὰ πρώτην φοράν ἐκδήλωσις πόνων παρὰ τὸ ἐπιγαστριον εἰς ἄτομα ὑπερβάντα τὸ 40ὸν ἔτος τῆς ἡλικίας των, ἐθεωρεῖτο μέχρι σήμερον ὡς σημεῖον ὑποπτον διὰ καρκίνον. Εὐνόητον εἶναι ὅτι καὶ εἰς τὰ ἄτομα αὐτὰ δυνατόν νὰ πρόκειται περὶ τῆς πρώτης περιόδου πόνων ἑνὸς ἔλκους.



Ἄς ἴδωμεν τώρα λεπτομερῶς πῶς ἐξελισσεται ἕν ἔλκος γενικῶς κατὰ τὴν περίοδον τῶν πόνων, ὡς καὶ κατὰ τὴν περίοδον ἡσυχίας.

Ἡ εἰσβολὴ εἶναι ἀπότομος καὶ ἀπροσδόκητος.

Συνήθως 2-3 ὥρας μετὰ τὸ φαγητὸν ὁ ἄρρωστος καταλαμβάνεται ἀπὸ πόνον ποικίλης διαρκείας, ὅστις ἐξαφανίζεται, ἵνα ἐπανέλθῃ μετὰ τὸ προσεχές γεῦμα. Ἀπὸ τῆς στιγμῆς αὐτῆς ὁ ἄρρωστος μας θὰ ὑποφέρῃ καθ' ἑκάστην κατὰ τὸ αὐτὸ χρονικὸν διάστημα καὶ κατὰ τὰς αὐτὰς ὥρας.

Ἡ ἐπώδυνος περίοδος διαρκεῖ συνήθως 15-30 ἡμέρας, σπανίως μίαν ἑβδομάδα, σπανιώτατα πέραν τῶν δύο μηνῶν. Οἱ πόνοι αὐτοὶ ἐπαναλαμβάνονται καθ' ἑκάστην ἄνευ διακοπῆς, ἂν καὶ σπανίως δύναται νὰ παρατηρηθῇ μία ἐξαφάνισις μιᾶς ἡμέρας καὶ τοῦτο ὁσάκις ὁ ἔλκοπαθὴς λαμβάνει ὠρισμένα φάρμακα, περιορίζει τὴν τροφήν του, ἢ ἀναπαύεται σωματικῶς καὶ ψυχικῶς.

Ἄρκετὰ συχνὰ παρατηροῦνται δύο συμπτώματα, τὰ ὁποῖα γεννοῦν τὴν ὑποψίαν καρκίνου: ἡ ἀπίσχυανσις καὶ ἡ ἀνορεξία. Εἶναι φυσικόν, λόγῳ τῆς ἀνησυχίας τὴν ὁποίαν τοῦ ἐμπνέει ἡ καταστάσις του, ὁ ἔλκοπαθὴς νὰ μὴ ἔχη ὄρεξιν, ἢ ποσότης τῆς τροφῆς νὰ περιορίζεται, ἐξ οὗ καὶ ἡ ἀπίσχυανσις, ἐάν ἐννοεῖται δὲν ὀφείλεται αὕτη εἰς τὴν ἐξωφρενικὴν δίαιταν, ἣτις συχνότατα τοῦ ἐπιβάλλεται. Κατὰ τὴν ἐπώδυνον ταύτην περίοδον παρατηροῦμεν συχνότατα μίαν ἀσυνήθη δυσκοιλιότητα, τόσον ὥστε ἡμεῖς νὰ τὴν θεωροῦμεν τότε ὡς ἕν σύμπτωμα ὑπὲρ τῆς διαγνώσεως τοῦ ἔλκους. Μετὰ τὴν ἀποδρομὴν τῆς ἐπώδυνου περιόδου, ἡ ὄρεξις ἐπανερχεται, ἢ ἐντερι-

κή λειτουργία αποκαθίσταται και ο ἄρρωστος ἐπανακτᾷ τὸ ἀρχικόν του βᾶρος.

Ἡ λήξις τῆς περιόδου πόνων ὁμοιάζει με τὴν εἰσβολήν. Ἀρκετὰ ταχεῖα, τόσον ὥστε ἐντὸς 2 ἢ 3 τὸ πολὺ ἡμερῶν ὁ ἄρρωστος νὰ αἰσθάνεται ἑαυτὸν ἀπολύτως ὑγιᾶ. Ἡ ταχεῖα αὕτη λήξις ἀποτελεῖ ἀναπόσπαστον μέρος τῆς συμπτωματολογίας τοῦ ἔλκους.

Ἡ περίοδος ἡσυχίας διαρκείας ἐβδομάδων, μηνῶν ἢ καὶ ἐτῶν ἐπακολουθεῖ εὐθὺς ἀμέσως. Σημειώτεον ὅτι αἱ ἐπώδυνοι περίοδοι ἐκδηλοῦνται συνήθως μίαν ἢ δύο φορές τὸ ἔτος καὶ δι' ἀγνώστους εἰσέτι λόγους τὴν ἀνοιξιν καὶ τὸ φθινόπωρον.

Ἐξέλιξις κατὰ πεοιόδους ὀλίγων ἐβδομάδων ἐντὸς τοῦ ἔτους, ἐξέλιξις κατὰ κρίσεις ὀψίμους ἐντὸς τοῦ 24ωρου, εἶναι οἱ δύο κύριοι χαρακτήρες, οἱ ἀποτελοῦντες τὴν κλινικὴν φυσιολογίαν τοῦ ἔλκους. Καὶ ἐφ' ὅσον εἶναι δυνατὸν οἱ πόνοι νὰ εἶναι ἀτυποὶ ἢ ἐλάχιστα ἐντονοὶ, ὁ πρῶτος χαρακτήρ εἶναι σημαντικώτερος τοῦ δευτέρου.

* *

Κατόπιν τῆς μελέτης τῆς κλινικῆς εἰκόνας τοῦ ἐλκωτικοῦ συνδρόμου γενικῶς, ἄς ἴδωμεν ὠρισμένας λεπτομερείας.

Οἱ χαρακτήρες τῶν πόνων δὲν εἶναι παθογνωμονικοὶ διὰ τὴν διάγνωσιν.

Ὁ τυπικὸς πόνος τοῦ ἔλκους χαρακτηρίζεται καὶ περιγοάφεται ὡς ἐντονος σπασμὸς, ὡς πόνος συσφιγκτικὸς (crampé), παύει δὲ ἅμα τῇ λήψει τροφῆς ἢ ἀλκαλικῶν. Ὅταν οἱ πόνοι εἶναι ἐξαιρετικῶς ἐντονοὶ, διὰ τὴν ἀνακούφισίν του ὁ ἄρρωστος πιέζει διὰ τῶν χειρῶν του τὰ κοιλιακά του τοιχώματα, ἐν κατακλίσει δὲ ἀναδιπλώνει τοὺς μηρούς πρὸς τὴν κοιλίαν. Ἰδιαιτέραν διαγνωστικὴν ἀξίαν ἀποκτοῦν οἱ πόνοι οὗτοι, ὅταν ἐμφανίζονται μετὰ τὰ γεύματα. Ὑπάρχουν ὅμως καὶ ἐλκοπαθεῖς μὲν πόνους μικροῦς ἐν τῷ ἔσσεως ἢ ἀντ' αὐτῶν ἔχοντες τὸ σίσημα πείνης. Σπανιώτερον ὁ ἄρρωστος δὲν δύναται νὰ προσδιορίσῃ ἐπακριβῶς τοὺς χαρακτήρας τῶν πόνων, ἀναφέρει δὲ ὡς ἐνόχλημα ἕνα δυσάρεστον συναίσθημα, ἐνίοτε ἀγχωδές. Εἰς ἄλλας περιπτώσεις οἱ πόνοι εἶναι τόσον ἀβληχροί, ὥστε ἢ ὑπαρξίς τοῦ ἔλκους ν' ἀποκαλύπτεται τὸ πρῶτον διὰ μιᾶς ἐπιπλοκῆς, ὅπως γαστρορραγία ἢ διάτρησις.

Τὰ συμπτώματα ἐπομένως ταῦτα ἀποκτοῦν διαγνωστικὴν ἀξίαν ἐφ' ὅσον συνυπάρχουν καὶ κατὰ τὸ 24ωρον καὶ κατὰ τὸ ἔτος.

Ἡ ἐξέτασις τοῦ ἄρρώστου δυνατὸν νὰ μᾶς ἀποκαλύψῃ μίαν, σχετικῆς σημασίας, τοπικὴν ἀντίστασιν τῶν ὀρθῶν μυῶν. Αὕτη ἐρμη-

νεύει τὴν ὕπαρξιν μιᾶς ἐν ἐνεργείᾳ λειτουργικῆς ἐπεξεργασίας παρὰ τὴν χώραν ταύτην. Παρατηρεῖται ὁμως καὶ εἰς ἄλλας νόσους, ὅπως π.χ. εἰς μίαν χολοκυστίτιδα.



Περίοδος ἡσυχίας. Δὲν θὰ ἦτο ἄσκοπος ἡ μελέτη τοῦ ἔλκοπαθοῦς μας κατὰ τὴν περίοδον ταύτην, ὁπότε οὗτος θεωρεῖ συνήθως ἑαυτὸν ἰαθέντα. Ἄς τὸν μελετήσωμεν κλινικῶς, ἀκτινολογικῶς, ἀνατομικῶς.

Κλινικῶς: Ἡ ἴσσις φαίνεται τόσο ἀπόλυτος, ὥστε οὗτος νὰ ἐγκαταλείπη οἰανδήποτε φαρμακοδιαιτητικὴν ἀγωγήν.

Μερικοὶ ὁμως ἔλκοπαθεῖς καὶ κατὰ τὴν περίοδον ταύτην τῆς ἡσυχίας, ἂν καὶ δὲν ἔχουν πλέον τοὺς ὀξεῖς πόνους, εἶναι μ' ὅλα ταῦτα ὑποχρεωμένοι νὰ ἀκολουθοῦν μίαν ὠρισμένην δίαιταν, ἄλλως θὰ ἔχουν εἴτε μικροὺς ἀβληχροὺς πόνους, εἴτε τὸ αἶσθημα καύσου. Τὰ φαινόμενα ταῦτα ὀφείλονται οὐχὶ εἰς τὸ ἔλκος, ἀλλὰ εἰς τὸ γεγονός ὅτι εἰς τοὺς ἄρρώστους τούτους συνυπάρχει καὶ μία γαστρῖτις, αἱ ἐκδηλώσεις τῆς ὁποίας φυσικὰ δὲν ἐξαφανίζονται κατὰ τὴν περίοδον ταύτην τῆς ἡρεμίας.

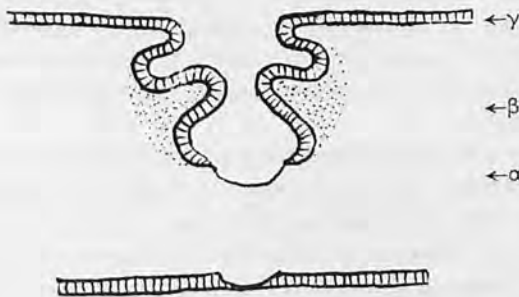
Ἀκτινολογικῶς: Ἄν καὶ θὰ μελετήσωμεν εἰς προσεχῆ κεφάλαια καὶ ἐν πάσῃ λεπτομερείᾳ τὴν ἀκτινολογικὴν εἰκόνα τῶν ἐλκῶν, δυνάμεθα νὰ εἰπώμεν ἀπὸ τοῦδε, ὅτι, κατὰ γενικὸν κανόνα, εἰς τὰ μὴ ὑποστάντα σκληρυντικὴν ἐπεξεργασίαν ἔλκη, συγχρόνως μὲ τὴν ἐξαφάνισιν τῶν κλινικῶν σημείων ἐξαφανίζονται καὶ τὰ ἀκτινολογικὰ τοιαῦτα.

Ἀνατομικῶς: Εἶδομεν ὅτι ἅμα τῇ λήξει τῆς περιόδου πόνων, τὸ ἔλκος ἰᾶται τελείως κλινικῶς καὶ ἀκτινολογικῶς.

Ἡ ἴσσις αὕτη δυνατόν νὰ εἶναι πραγματικὴ, ὁπότε ἡ ἀνατομικὴ βλάβη ἐπουλοῦται τελείως. Μὲ τὴν ἀνάπαυσιν τοῦ πάσχοντος ὀργάνου, τὸ ἔλκος συνήθως ἐξαφανίζεται, ὡς τοῦτο ἔχει πλειστάκις παρατηρηθῆ κατὰ τὰς χειρουργικὰς ἐπεμβάσεις. Ἐχομεν ἐνίοτε ἕνα τεράστιον ἔλκος, τὸ ὁποῖον περιβάλλεται ἀπὸ ἕνα εὐμεγέθη φλεγμονώδη ὄγκον. Λόγῳ τῆς δημιουργηθείσης στενώσεως, ὁ ἄρρωστος ὑφίσταται μίαν ἀπλὴν γαστροεντεροαναστόμωσιν. Μετὰ πάροδον χρονικοῦ τινος διαστήματος καὶ ἀφοῦ παρέλθουν ὅλα τὰ κλινικὰ συμπτώματα, ἡ ἐκ νέου ἐπέμβασις διαπιστώνει ὅτι τὸ πᾶν ἔχει ἐξαφανισθῆ. Ἐπὶ ἀναμφισβητήτων ὡσαύτως ἐλκῶν τοῦ δωδεκαδακτύλου, ἐάν μὲν ἡ ἐπέμβασις λάβῃ χώραν ἐν πλήρει περιόδῳ πόνων, τὸ ἔλκος θὰ εὐρεθῆ, ἐάν ὁμως ὁ ἄρρωστος μας χειρουργηθῆ εἰς περίοδον ἡρεμίας.

πολλάκις ὁ χειρουργὸς δὲν θ' ἀνεύρη τὸ ἔλκος. Ἀνάλογοι ἐξ ἄλλου διαπιστώσεις ἔχουν γίνεи εἰς νεκροψίας ὡς καὶ γαστροσκοπήσεις.

Ἐνίοτε ἡ ἐπούλωσις εἶναι τελεία καὶ μετὰ τὴν πάροδον ὀλίγων ἑβδομάδων εἰς τὴν θέσιν τοῦ ἔλκουσ δὲν παραμένει παρὰ μίαν ἐρυθρὰ κηλῖς, ἥτις ἐν συνεχείᾳ θέλει ἀντικατασταθῆ ἀπὸ μίαν λευκάζουσαν οὐλήν. Ἄλλοτε πάλιν ἡ ἴασις αὕτη εἶναι μόνον φαινομενικῆ. Μελετῶντες τὴν ἀκτινολογικὴν εἰκόνα τῶν ἔλκων, θὰ ἴδωμεν ὅτι ἡ ἐνίοτε μικροσκοπικὴ ἐξέλκωσις κατὰ τὴν ἐπώδυνον περίοδον περιβάλλεται ἀπὸ μίαν ἄλω ἐκ φλεγμονῆς καὶ οἰδήματος, καταχώνεται δὲ



Σχῆμα 2. (R. A. Gutmann)

Ἄνω: α = ἐξέλκωσις
β = οἶδημα
γ = σπασμὸς

Κάτω: Μετὰ τὴν ἐξαφάνισιν τῶν πόνων, τὸ οἶδημα καὶ ὁ σπασμὸς ὑποχωροῦν καὶ παραμένει ἡ πραγματικὴ ἐξέλκωσις, τὸ βάθος τῆς ὁποίας δὲν ἀρκεῖ ὥστε νὰ δώσῃ τὴν τυπικὴν ἀκτινολογικὴν φωλεάν. Ἡ τελεία ἐπούλωσις ἐπέρχεται βραδύτερον.

αὕτη ἐντὸς ἐνὸς σπαστικοῦ φρέατος (Σχ. 2). Κατὰ τὴν περίοδον ταύτην τῶν πόνων, λόγῳ τῆς φλεγμονῆς, λόγῳ τοῦ οἰδήματος, λόγῳ τοῦ σπασμοῦ, τὸ βάθος τῆς ἐξελκώσεως ἔχει φαινομενικῶς ἀυξηθῆ, οὕτως ὥστε ἡ ἀκτινολογικὴ εἰκὼν νὰ μὴ ἀντιπροσωπεύῃ πλέον τὸ πραγματικὸν μέγεθος τῆς ἐξελκώσεως. Ὄταν παρέλθῃ ἡ ἐπώδυνος περίοδος, τὰ ἄνω φαινόμενα ἐξαφανίζονται, ἡ ἐξέλκωσις ἰσοπεδοῦται καὶ ἀκτινολογικῶς ἡ φωλεὰ δὲν ὑπάρχει. Ἡ ἀνατομικὴ ὁμῶς βλάβη παραμένει, ἡ δὲ ἰσοπεδωθεῖσα ἐξέλκωσις ἐμφανίζει μίαν ἐπιφάνειαν κοκκιώδη, ἀνώμαλον, βαθέως ἐρυθράν. Ἀργότερον

δύναται καὶ αὐτὴ νὰ ἐπουλωθῇ βραδέως, μετὰ ὀλοκλήρους μηνας, καὶ μέχρι τῆς ἐλεύσεως μιᾶς νέας περιόδου πόνων νὰ παραμένῃ εἰς τὴν «ὕπνωττουσαν» ἢ λανθάνουσαν ταύτην κατάστασιν.

Εἰς τὰς περιπτώσεις ταύτας ἡ κλασσικὴ ἀναζήτησις τῶν μικροσκοπικῶν αἰμορραγιῶν δὲν ἐπαρκεῖ διὰ τὴν διάγνωσιν, ἐφ' ὅσον εἶναι πολλάκις ἀρνητικὴ, παρὰ τὴν ὕπαρξιν τοῦ ἔλκους. Ἡ νεωτέρα μέθοδος τῆς ἀνιχνεύσεως τῆς δευτεροπορφύρινης εἰς τὰ κόπρανα δίδει καλύτερα ἀποτελέσματα.

Κατὰ τὸν Βοας ἡ αἰμορραγικὴ διδρῶσις εἶναι ἀπόδειξις, ὅτι ἀνατομικῶς τὸ ἔλκος δὲν ἴσθη καὶ ὅτι ἐπὶ ἐβδομάδας καὶ μηνας μετὰ τὴν ἐξαφάνισιν τῶν πόνων ἐξακολουθεῖ νὰ ὑπάρχῃ. Ἐπομένως μερικὰ ἔλκη, θεωρούμενα ἰσθύντα, ἐν τῇ πραγματικότητι, ὡς τοῦτο ἔχει διαπιστωθῆ καὶ ἀπὸ γαστροσκοπικὰς παρατηρήσεις, ἐξακολουθοῦν νὰ αἰμορραγοῦν.

Ἡ σημαντικὴ αὕτη διαπίστωσις εἶναι ἐξαιρετικῶς ἐνδιαφέρουσα, διότι ἀποδεικνύει, ὅτι εἰς τὸ ἔλκος ἡ τοπικὴ ἀνατομικὴ βλάβη δὲν ἀποτελεῖ τὸ πᾶν, δὲν ρυθμίζει τὴν νόσον ἔλκος. Οἱ ἄρρωστοὶ αὐτοί, οἱ ὁποῖοι ἔχουν ἀκόμη μίαν ἐπίπεδον ἐξέλκωσιν, προσωρινῶς τούλάχιστον, δὲν παρουσιάζουν κανέν ἀπολύτως κλινικὸν ἐνόχλημα. Καὶ ἐν τούτοις ἐντὸς τοῦ στομάχου τῶν ὑπάρχει μία μικρὰ, ἄτονος, ἀνώδυνος καὶ οὐδεμίαν ἐνόχλησιν προκαλοῦσα πληγὴ. Οἱ ἄρρωστοὶ αὐτοὶ ἀνέχονται μ' ὅλα ταῦτα, χωρὶς κανέν ἐνόχλημα, τὸ δξινον γαστρικὸν ὑγρὸν, τὸ ὁποῖον κυριολεκτικῶς ἐμποτίζει τὴν πληγὴν ταύτην, καὶ τὸ ὁποῖον ἀπὸ πολλοὺς συγγραφεῖς, παραδεχομένους τὴν θεωρίαν τῆς «πεπτικῆς βλάβης», ἐξακολουθεῖ νὰ θεωρῆται εἰσέτι ὡς τὸ κύριον αἷτιον. Καὶ οἱ ἄρρωστοὶ μας αὐτοὶ οὐδεμίαν δίαιταν ἀκολουθοῦν.

Τὰ ἄτονα ταῦτα ἔλκη, διὰ τὴν ἐπούλωσιν τῶν ὁποίων ἀπαιτεῖται ἓνα ὠρισμένον χρονικὸν διάστημα, δὲν ἀνήκουν εἰς τὴν πλειονότητα τῶν περιπτώσεων, αἱ δὲ διαπιστώσεις αὗται δὲν ἀντιτίθενται πρὸς τὸν γενικὸν κανόνα, κατὰ τὸν ὁποῖον, εἰς τὸ τέλος τῆς ἐπωδύνου περιόδου καὶ μέχρι τῆς προσεχοῦς, ὁ ἔλκοπαθὴς μας ἔχει ἰσθῆ.

* * *

Ἐφ' ὅσον τὸ ἔλκος δὲν ἔχει ὑποστῆ σκληρυντικὴν ἐπεξεργασίαν, δὲν ἔχει προκαλέσει μονίμους ἀνατομικὰς ἀλλοιώσεις ἢ δὲν ἔχει ἐξωτερικευθῆ, εἶναι μία νόσος χαρακτηριζομένη :

— ἀπὸ περιόδους ἐξελίξεως, κατὰ τὰς ὁποίας ἡ τοπικὴ βλάβη ἀφυπνίζεται, προκαλοῦσα πέριξ αὐτῆς σημαντικὰς ἀντιδράσεις ἀντι-

στοιχούσας πρὸς τὴν σύγχρονον ἐμφάνισιν τῶν κλινικῶν καὶ ἀκτινολογικῶν σημείων.

— ἀπὸ ἐνδιαμέσους περιόδους, αὐτομάτως ἐμφανιζόμενας, μακρᾶς διάρκειας καὶ ἄνευ πόνων. Ἡ ἐξέλκωσις ἡρεμεῖ, συνήθως ἐπουλοῦται, καθίσταται ὀπωσδήποτε ἐπίπεδος καὶ ἄτονος. Ἡ περὶ τὸ ἔλκος φλεγμονή, ὁ σπασμὸς, ἐξαφανίζονται, ἡ φωλεὰ δὲν ὑπάρχει πλέον.

Τὸ μέλλον αὐτῆς ταύτης τῆς ἀνατομικῆς βλάβης ποικίλλει. Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ἡ πραγματικὴ ἐπούλωσις ἐπέρχεται ταχύτατα μετὰ τὴν λήξιν τῆς ἐπωδύνου περιόδου. Σπανίως καὶ δι' ὀλίγον χρονικὸν διάστημα παραμένει ὡς μία ἄτονος ἐξέλκωσις, μακροσκοπικῶς ὄρατὴ καὶ σχετικῶς αἰμορραγοῦσα. Ἐν συνεχείᾳ ἐπουλοῦται καὶ ἐνῶ χρονικῶς ἡ ἐπούλωσις αὕτη ποικίλλει, κλινικῶς καὶ ἀκτινολογικῶς δὲν ὑπάρχουν πλέον σημεῖα ἔλκους.

Εἴτε ὅμως πρόκειται περὶ μιᾶς ἀτόνου πληγῆς, εἴτε ἡ ἐπούλωσις εἶναι τελεία, ἡ ἐξέλκωσις αὕτη θὰ ἐπανεμφανισθῇ, ὅταν ὁ ἄγνωστος παράγων, ἀπὸ τὸν ὁποῖον ἐξαρτᾶται ἡ νόσος ἔλκος, προκαλέσῃ μίαν νέαν περίοδον πόνων.

Πράγματι, σπανίως ἡ ἐξέλκωσις θέλει ἐμφανισθῆ εἰς ἄλλο σημεῖον, ἀπὸ ἐκεῖνο εἰς τὸ ὁποῖον τὸ πρῶτον ἐξεδηλώθη. Τὸ ἀναμφισβήτητον αὐτὸ γεγονός τῆς ἐκλογῆς τοῦ αὐτοῦ πάντοτε σημείου ἐντοπίσεως κατὰ τὰς ἐπανειλημμένας ἐκδηλώσεις τῆς ἐλκωτικῆς νόσου προβάλλεται ὡς μία ἐπὶ πλέον ἀπόδειξις, ὅτι τὸ ἔλκος εἶναι μία ἀλλεργικὴ ἐκδήλωσις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ Ε΄

ΤΟ ΕΛΚΟΣ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ἡ νόσος ἔλκος δὲν ἐνδιαφέρει μόνον ἐπιστημονικῶς, ἀλλὰ καὶ κοινωνικῶς, διότι ἡ κοινωνικὴ καὶ οἰκονομικὴ πλευρὰ τοῦ προβλήματος τούτου προσλαμβάνουν ὁσημέραι μεγίστην σημασίαν.

Πράγματι, ἐξ ὄλων τῶν ἄλλων ὀργανικῶν νόσων τοῦ πεπτικοῦ σωλήνος, ἡ νόσος ἔλκος εἶναι ἡ πλέον συχνή. Ὁ Wood ἀναφέρει ὅτι κατὰ τὰ δέκα πρὸ τοῦ τελευταίου πολέμου ἔτη ἐσημειώθησαν 43.000 θάνατοι ἐν Ἀγγλίᾳ καὶ Οὐαλλίᾳ, ὀφειλόμενοι εἰς ἔλκη. Κατὰ τὴν πρώτην διαιτίαν τοῦ τελευταίου πολέμου εἶχον ἀπολυθῆ τοῦ στρατοῦ περὶ τοὺς 24.000 ἔλκοπαθεῖς, ἐνῶ συγχρόνως παρατηρήθη αὐξήσις τοῦ ἀριθμοῦ τῶν ἐπιπλοκῶν, ἰδίως τῶν διατρήσεων.

Κατὰ μίαν στατιστικὴν τοῦ 1946, ὁ Ivy ἀναφέρει ὅτι εἰς τὰς Ἠνωμένας Πολιτείας τὸ ἔλκος ἔρχεται δέκατον κατὰ σειράν ὡς αἷτιον θανάτου καὶ δωδέκατον ὡς αἷτιον ἀπωλείας χρόνου. Ὑπολογίζει ὅτι εἰς διάστημα 10 ἐτῶν, ἐν καὶ ἡμισυ ἑκατομμύριον ἀτόμων προσεβλήθησαν ὑπὸ ἔλκος.

Φαίνεται ὅτι ὑπάρχουν ἐπιδημιολογικαὶ διαφοραὶ μεταξύ τοῦ ἔλκος τοῦ στομάχου καὶ τοῦ ἔλκος τοῦ δωδεκαδακτύλου. Παρατηρήθη ὅτι κατὰ ἐποχὰς ἐξαφανίζεται ὁ εἷς τύπος ἔλκος, ἐνῶ ἐπικρατεῖ ὁ ἕτερος, ὁ εἷς εἶναι κοινὸς εἰς μίαν περιοχὴν τοῦ κόσμου καὶ σπάνιος εἰς ἑτέραν. Ὁ αὐτὸς αἰτιολογικὸς παράγων δὲν παίζει τὸν αὐτὸν ρόλον οὔτε καὶ εἰς τὰ δύο φύλα, ἀλλὰ οὔτε καὶ εἰς ὅλας τὰς ἡλικίας. Θὰ πρέπη τοιοῦτοτρόπως νὰ διαχωρίζη τις τὰ ἔλκη τοῦ στομάχου καὶ δωδεκαδακτύλου εἰς τοὺς ἄνδρας καὶ τὰς γυναῖκας.

Ἀπὸ ἀπόψεως συχνότητος, πρόσφατοι ἀγγλικαὶ στατιστικαὶ μᾶς πληροφοροῦν τὰ ἑξῆς :

— Εἰς τοὺς ἄνδρας τὸ ποσοστὸν ἐλκῶν πάσης ἐντοπίσεως ἀνέρχεται εἰς 10% εἰς ἡλικίαν 45—54 ἐτῶν, εἰς τὰς γυναῖκας ἄνω τῶν 55 ἐτῶν εἰς 6%. Οὕτω προκύπτει ὅτι ἐν Ἀγγλίᾳ 5,8% τῶν ἀνδρῶν καὶ 1,9% τῶν γυναικῶν ὑποφέρουν ἢ ὑπέφερον ἐξ ἔλκος μεταξύ 14—64 ἐτῶν.

— Ἡ σχέσις ἔλκους στομάχου καὶ δωδεκαδακτύλου ποικίλλει ἀναλόγως τῆς ἡλικίας. Οὕτως εἰς τοὺς ἄνδρας ἡλικίας 25—34 ἐτῶν ἡ σχέσις εἶναι 4 δωδεκαδακτύλου πρὸς 1 στομάχου καὶ ἄνω τῶν 45 ἐτῶν 2 : 1.

— Ἐν Μεγάλῃ Βρεττανίᾳ εἰδικῶς ἔχουν σημειωθῆ, κατὰ τὴν τελευταίαν 50ετίαν, μεγάλοι μεταβολαὶ ὅσον ἀφορᾷ τὴν συχνότητα τοῦ ἐνός ἢ ἐτέρου ἔλκους. Παρατηρεῖται δὲ μία περιεργος καὶ κάπως μυστηριώδης ἐξέλιξις ὅσον ἀφορᾷ τὴν κατὰ φύλον συχνότητα. Οὕτω τὸν παρελθόντα αἰῶνα τὸ ἔλκος τοῦ στομάχου παρετηρεῖτο ἰδίως εἰς τὰς γυναῖκας, ἐνῶ ἦτο σπάνιον εἰς τοὺς ἄνδρας. Ἦδη τὸ ἔλκος τοῦ στομάχου γίνεται συχνότερον εἰς τὸν ἄνδρα μετὰ τὸν πρῶτον παγκόσμιον πόλεμον καὶ εἰς μικρότερον ποσοστὸν εἰς τὴν ἡλικιωμένην γυναῖκα. Ἀπὸ τοῦ 1931 τὸ ποσοστὸν αὐτὸ παραμένει καὶ εἰς τὰς δύο ὁμάδας στάσιμον ἢ μειοῦται. Κατὰ τὸ αὐτὸ χρονικὸν διάστημα αὐξάνει τὸ ποσοστὸν τῶν ἐλκῶν τοῦ δωδεκαδακτύλου, ἢ αὐξησις δὲ αὕτη ἐξακολουθεῖ. Ἡ ἐξέλιξις ὅσον ἀφορᾷ τὴν συχνότητα τοῦ ἐνός ἢ τοῦ ἐτέρου ἔλκους εἶναι τόσον ἐκδηλος, ὥστε πρέπει νὰ παραδεχθῆ τις, ὅτι ὑπῆρχε τὸν παρελθόντα αἰῶνα κάποιος ὑπεύθυνος διὰ τὴν ἐμφάνισίν των παράγων, ὅστις σήμερον θὰ πρέπη νὰ ἔχη ἐξαφανισθῆ.

— Ἡ συχνότης τοῦ ἔλκους, ὡς εἶδομεν, αὐξάνει μετὰ τὴν ἡλικίαν, φθάνουσα τὸ 10% τῶν ἀνδρῶν ἡλικίας 45—54 ἐτῶν. Τὰ ἔλκη τοῦ στομάχου ὑπερέχουν εἰς τοὺς ἄνδρας 2—3 φορές ἐν σχέσει μετὰς τὰς γυναῖκας, καὶ τὰ τοῦ δωδεκαδακτύλου 6—12 εἰς ὅλας τὰς ἡλικίας μεταξὺ 25—65 ἐτῶν.

— Ἐν Σκωτίᾳ τὰ ἔλκη τοῦ δωδεκαδακτύλου εἶναι συχνότερα, ἐνῶ τὰ ἔλκη τοῦ στομάχου σπανιώτερα ἀπὸ ὅ,τι ἐν Ἀγγλίᾳ.

— Καὶ αἱ δύο ἐντοπίσεις εἶναι συχνότεραι εἰς τὰς μεγάλας πόλεις παρά εἰς τὴν ὑπαιθρον, ἢ διαφορὰ ὁμως εἶναι αἰσθητὴ εἰς τὰ ἡλικιωμένα ἄτομα καὶ πλέον σαφῆς ὅσον ἀφορᾷ τὰ ἔλκη τοῦ στομάχου ἀπὸ τὰ τοῦ δωδεκαδακτύλου. Ἡ διαφορὰ αὕτη εἶναι ὀλιγώτερον αἰσθητὴ κατὰ τὴν τελευταίαν 20ετίαν.

— Τὸ ἔλκος τοῦ δωδεκαδακτύλου εἶναι ἐξ ἴσου συχνὸν εἰς ὅλας τὰς κοινωνικὰς τάξεις, ἐνῶ τὸ τοῦ στομάχου παρατηρεῖται περισσότερο εἰς τὰς πτωχὰς ἀπὸ οἰκονομικῆς ἀπόψεως τάξεις.

— Ἀπὸ ἀπόψεως ἐπαγγέλματος αἱ διαφοραὶ εἶναι ὀλιγώτερον σαφεῖς ἀπὸ ὅ,τι ἐνομιζέτο ἄλλοτε. Ἐπικρατεῖ τὸ ἔλκος τοῦ δωδεκαδακτύλου εἰς τοὺς ἰατροὺς καὶ εἰς τοὺς ἀσκοῦντας ἐλεύθερα ἐπαγγέλματα, ὡς καὶ τοὺς ἔχοντας μεγάλας διοικητικὰς εὐθύναι. Εἰς τὴν

Νορβηγίαν ὑπερέχει τὸ ἔλκος τοῦ στομάχου εἰς τοὺς ἄλιεις, ἐνῶ οἱ ἀγρόται προσβάλλονται γενικῶς ὀλιγώτερον ἀπὸ ἔλκη.

— Αἱ αὐταὶ περίπου ἀναλογίαι παρατηροῦνται καὶ εἰς τὰς ἄλλας πεπολιτισμένας χώρας τῆς Εὐρώπης. Εἶναι ὅμως δύσκολον νὰ ἐξαχθοῦν συμπεράσματα εἰς ὅ,τι ἀφορᾷ τὴν ἔννοιαν τῶν γεωγραφικῶν διαφορῶν, ὅταν εἰς μίαν καὶ τὴν αὐτὴν χώραν παρατηροῦνται μεγάλαι διαφοραὶ ἀναλόγως τῶν κοινωνικῶν ὄρων. Ὑπεστηρίχθησαν ὡσαύτως φυλετικαὶ διαφοραὶ, αἱ ὁποῖαι ὅμως δὲν ἔχουν ἀπολύτως ἐπιβεβαιωθῆ. Οὕτω οἱ Νέγροι τῆς Ἀφρικῆς παρουσιάζουν μικρὸν ποσοστὸν ἐλκῶν, ἐνῶ οἱ Νέγροι τῆς Ἀμερικῆς ὑποφέρουν ὅσον καὶ οἱ λευκοί. Εἰς τὴν Ἰάβαν ὑπάρχει μεγάλη διαφορὰ μεταξύ Κινέζων καὶ Ἰαβαίων. Οὕτω τὰ ἔλκη τοῦ στομάχου καὶ τοῦ δωδεκαδακτύλου παρατηροῦνται εἰς ποσοστὸν 10% εἰς τοὺς Κινέζους, ἐνῶ εἰς τοὺς Ἰαβαίους τοῦτο ἀνέρχεται εἰς 1%, παρὰ τὸ γεγονὸς ὅτι αἱ δύο αὐταὶ φυλαὶ ζοῦν εἰς παρόμοιον περιβάλλον καὶ ἔχουν τὰς αὐτὰς συνηθείας. Ἐξ ἄλλου τὸ ἔλκος εἶναι συχνόν εἰς πλεῖστα μέρη τῆς Ἀσίας, συμπεριλαμβανομένης τῆς Ἰαπωνίας καὶ τῆς Κίνας. Εἰς τὰς Νοτίους Ἰνδίας, καὶ εἰς τὴν Νιγηρίαν περισσότερο, τὸ ἔλκος τοῦ δωδεκαδακτύλου εἶναι συχνόν, οὕτως ὥστε δυσκόλως δύναται τις νὰ τὸ ἀποδώσῃ μόνον εἰς ψυχικὸν παράγοντα καὶ γενικῶς εἰς τὴν ἐπίδρασιν τοῦ Πολιτισμοῦ.

* * *

Πρὶν ἢ ἀσχοληθῶμεν μὲ τὴν κλινικὴν εἰκόνα τοῦ ἔλκους τοῦ δωδεκαδακτύλου, θὰ προβῶμεν εἰς μίαν σύντομον ὑπόμνησιν τῆς ἀνατομικῆς τοῦ ὄργανου τούτου.

Τὸ δωδεκαδάκτυλον εἶναι τὸ τμήμα ἐκεῖνο τοῦ πεπτικοῦ σωλήνος, τὸ ὁποῖον συνδέει τὸν στόμαχον μετὰ τοῦ λεπτοῦ ἐντέρου. Ἡ μορφολογία του, ἡ ἀνατομικὴ του κατασκευὴ, ἡ φυσιοπαθολογία του, τὸ κεφαλαῖδους σημασίας γεγονὸς ὅτι δέχεται τοὺς ἐκκριτικοὺς πόρους τοῦ ἥπατος καὶ τοῦ παγκρέατος, δικαιολογοῦν ἀπολύτως τὸν διαχωρισμὸν του ἀπὸ τὸν στόμαχον καὶ κυρίως ἀπὸ τὸ λεπτὸν ἔντερον.

Τὸ δωδεκαδάκτυλον εἶναι τὸ εὐρύτερον, τὸ βραχύτερον, ἀλλὰ καὶ τὸ ὀλιγώτερον κινητὸν τμήμα τοῦ λεπτοῦ ἐντέρου. Τὸ μήκος του ποικίλλει ἀπὸ 20—30 ἐκ., τὸ δὲ πλάτος του εἶναι περίπου 4 ἐκ. Ἐκ τοῦ πυλωροῦ μέχρι τῆς λεγομένης δωδεκαδακτυλικῆς γωνίας ἢ γωνίας τοῦ Treitz, σχηματίζει σχεδὸν πλήρη κύκλον. Ἡ πορεία του ὅμως διαφέρει κατὰ τὰ ἄτομα. Τὸ γενικὸν σχῆμα του ὁμοιάζει μὲ τὰ διάφορα λατινικὰ γράμματα C, V, L, U, O.

Διακρίνομεν 4 μοίρας : πρώτην ἢ ἄνω, δευτέραν ἢ κατιοῦσαν, τρίτην ἢ ἐγκαρσίαν καὶ τετάρτην ἢ ἀνιοῦσαν μοῖραν.

Ἡ πρώτη ἢ ἄνω μοῖρα, εἶναι ἐκείνη, τὴν ὁποῖαν ἀκτινολογικῶς διαχωρίζομεν ὡς β ο λ β ὀ ν καὶ ἡ ὁποία μᾶς ἐνδιαφέρει περισσότερο ὄλων, διότι ἐκεῖ παρατηροῦνται κυρίως τὰ ἔλκη. Εἶναι ἡ πλέον κινητὴ μοῖρα, μήκους 5 ἐκ. περίπου, ἡ δὲ θέσις τῆς ποικίλλει ἀναλόγως τοῦ ἀτόμου ὡς καὶ ἀναλόγως τοῦ βαθμοῦ πληρότητος τοῦ στομάχου. Ὁ βολβὸς καλύπτεται σχεδὸν ἐξ ὀλοκλήρου ὑπὸ τοῦ περιτοναίου, εὐρίσκεται κάτωθεν τῆς χοληδόχου κύστεως, ὑπερθεν τῆς κεφαλῆς τοῦ παγκρέατος, τοῦ κοινοῦ χοληδόχου πόρου, τῆς ἡπατικῆς ἀρτηρίας καὶ τῆς πυλαίας φλεβὸς καὶ ὀπισθεν τοῦ ἥπατος καὶ τοῦ ἐγκαρσίου κώλου.

Ἡ δευτέρα ἢ κατιοῦσα μοῖρα, συνεχίζεται παρὰ τὸ ὕψος τοῦ 1ου ὀσφυϊκοῦ σπονδύλου, πορεύεται πρὸς τὰ κάτω, δεξιὰ καὶ ἔμπροσθεν τῆς σπονδυλικῆς στήλης μέχρι τοῦ 3ου ὀσφυϊκοῦ σπονδύλου, διαγράφουσα περὶ τὴν κεφαλὴν τοῦ παγκρέατος, πρὸς τὴν ὁποῖαν προσκολλᾶται, μίαν καμπύλην. Εἰς ἀπόστασιν, ἥτις ποικίλλει, ἀπὸ τοῦ πυλωροῦ, καταλήγει ἐπὶ τῆς μοίρας ταύτης ὁ κοινὸς χοληδόχος πόρος μετὰ τοῦ πόρου τοῦ Wirsung, ἵνα σχηματίσουν τὸ φῦμα τοῦ Vater, ἐνῶ 1—3,5 ἐκ. ὑπερθεν τούτου καταλήγει ὁ πόρος τοῦ Santorini. Ἐπὶ τοῦ ἔσω χείλους τῆς μοίρας ταύτης ἐμφανίζονται ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον τὰ ἐκκοιλώματα, ἡ δὲ μοῖρα αὕτη παρουσιάζει ἀκτινολογικὰς ἀλλοιώσεις, ὅταν ἀναπτυχθῇ ὀργανικὴ ἢ ἄλλη τις ἀλλοίωσις τῆς κεφαλῆς τοῦ παγκρέατος.

Ἡ τρίτη ἢ ἐγκάρσιος μοῖρα πορεύεται πρὸς τὰ ἀριστερά, παρὰ τὸ ὕψος τοῦ 3ου ὀσφυϊκοῦ σπονδύλου, διαγράφουσα μίαν ἐλαφρὰν καμπύλην κοίλην πρὸς τὰ ἄνω. Τὸ ἄνω χεῖλος τῆς ἐφάπτεται τοῦ παγκρέατος.

Ἡ τετάρτη ἢ ἀνιοῦσα μοῖρα διέρχεται τὴν σπονδυλικὴν στήλην καὶ ἀριστερὰ τῆς ἀορτῆς ἀνέρχεται μέχρι τοῦ 2ου ὀσφυϊκοῦ σπονδύλου, ὅπου ἀποτόμως ἀλλάσσει πορείαν πρὸς τὰ ἔμπροσθεν καὶ κάτω, ἐνουμένη δι' ὀξείας γωνίας μετὰ τὴν νῆστιν. Εἰς τὸ σημεῖον αὐτὸ ἀκίνητοποιεῖται ἀπὸ τὸν σύνδεσμον τοῦ Treitz.

Εἰς τινὰ ἄτομα, τὸ δωδεκαδάκτυλον εἶναι ὄργανον εὐκίνητον καὶ πολὺ περισσότερο ἀπὸ ὅ,τι φαίνεται δυνατόν, λόγῳ τῆς ὀπισθοπεριτοναϊκῆς του θέσεως. Εἰς περίπτωσιν ὄγκου μετακινεῖται εὐκόλως, εἰς δὲ τὰς σπλαγχνοπτώσεις καταλαμβάνει θέσιν κατωτέραν τῆς φυσιολογικῆς του κατὰ δύο σπονδύλους.

Τὸ δωδεκαδακτυλικὸν πλαίσιον ὑφίσταται ἐπίσης μεταβολὰς ὅσον ἀφορᾷ τὸ σχῆμα του, αἱ ὁποῖαι μεταβολαὶ ἐνέχουν ἰδιάζουσαν διαγνωστικὴν σημασίαν. Οὕτως ἡ ἀκτινολογικὴ διαπίστωσις τῆς διευρύνσεως τοῦ πλαισίου τούτου ἀποτελεῖ ἄριστον διαγνωστικὸν σημεῖον μιᾶς ὀργανικῆς ἀλλοιώσεως τῆς κεφαλῆς τοῦ παγκρέατος. Πράγματι, εἴτε λόγῳ χρονίας φλεγμονῆς, εἴτε λόγῳ ἑνὸς ὄγκου, τὸ μέγεθος τῆς κεφαλῆς τοῦ παγκρέατος αὐξάνει, ὅποτε ἀπωθεῖ καὶ τὸ δωδεκαδάκτυλον, ἐνῶ δημιουργοῦνται συγχρόνως χαρακτηριστικαὶ ἀλλοιώσεις τῶν τοιχωμάτων καὶ τῶν πτυχῶν τοῦ βλεννογόνου.

ΙΣΤΟΡΙΚΟΝ

Τὸ ἔλκος τοῦ δωδεκαδακτύλου, ἀπὸ ἀνατομικῆς ἀπόψεως, εἶναι γνωστὸν ἀπὸ τῆς ἐποχῆς τοῦ Γάλλου Cruveilhier, ὅστις ὁμῶς περιέγραψε κυρίως, περὶ τὸ 1830, τὸ ἔλκος τοῦ στομάχου, τὸ ὁποῖον καὶ διεχώρισεν ἀπὸ τοῦ καρκίνου. Ἐσημείωσε μ' ὅλα ταῦτα, ὅτι ἡ πρώτη μοῖρα· ὁ βολβός· παρουσίαζε μίαν ἰδιαιτέραν προδιάθεσιν πρὸς τὰ ἔλκη. Ἐν συνεχείᾳ ὁ μέγας Ἕγγλος κλινικὸς Brinton, ἂν καὶ ἐδίδασκεν ὅτι ἐν ἔλκος τοῦ στομάχου διαγιγνώσκεται εὐκόλως, οὐδεμίαν μνεῖαν ποιεῖται περὶ τοῦ ἔλκους τοῦ δωδεκαδακτύλου, ἐνῶ ὁ Fox, τὸ 1875, τὸ ἀναφέρει ἀπλῶς, ἵνα παρατηρήσῃ ὅτι τὰ συμπτώματά του ἐλάχιστα διαφέρουν τῶν τοῦ ἔλκους τοῦ στομάχου.

Τὸ 1885 ὁ Γάλλος Bucquoy πρῶτος διαχωρίζει κλινικῶς τὴν νόσον ταύτην. Οὗτος περιγράφει τὸ πλέον συχνόν, τὸ κλασσικὸν ἔλκος τοῦ βολβοῦ, τὸ εὐρισκόμενον εἰς ἀπόστασιν 1-3 ἐκ. ἀπὸ τοῦ πυλωροῦ.

Κατὰ τὴν ἐποχὴν ἐκείνην δὲν ὑπῆρχεν οὔτε ἀκτινολογικὸς οὔτε χειρουργικὸς ἔλεγχος, οὕτως ὥστε διὰ τὴν ἀκριβῆ ἐντόπισιν ὁ Bucquoy ἀρκεῖται εἰς μόνην τὴν κλινικὴν παρατήρησιν. Περιγράφει τὴν μέλαιναν ὡς σύμπτωμα τοῦ δωδεκαδακτυλικοῦ ἔλκους καὶ τὴν διαχωρίζει τῆς αἵματεμέσεως, τὴν ὁποῖαν χαρακτηρίζει ὡς σύμπτωμα τοῦ ἔλκους τοῦ στομάχου. Ἐπιμένει ἐπὶ τοῦ γεγονότος, ὅτι οἱ πόνοι εἶναι ὀψιμοί, ἐκδηλούμενοι 2 ἕως 3 ὥρας μετὰ τὰ γεύματα. Σήμερον βεβαίως γνωρίζομεν ὅτι τὰ ὡς ἄνω συμπτώματα δὲν ἐπαρκοῦν διὰ τὴν ἐντόπισιν ἑνὸς ἔλκους.

Μερικοὶ συγγραφεῖς, ἀκόμη καὶ σήμερον, εἰς τὸ ἔλκος τοῦ Bucquoy τὸ μακρὰν τοῦ πυλωροῦ κείμενον, προβάλλουν ἕν ἄλλο ἔλκος παραπυλωρικὸν ἢ πυλωρο-δωδεκαδακτυλικὸν, κείμενον πλησίον τοῦ πυλωροῦ, τῆς αὐτῆς

συμπτωματολογίας, άδιαφορούντες έάν τοϋτο κείται έπί τοϋ στομάχου ή έπί τοϋ δωδεκαδακτύλου.

Είς τὸ σημεῖον ὁμως αὐτό, ἄς μᾶς έπιτραπῆ μία μικρά αναδρομή είς τὸ παρελθόν.

Τὸ 1882, ένας Πολωνός Ιατρός, ὁ Reichmann, περιγράφει ἕν σύνδρομον χαρακτηριζόμενον ἀπὸ πόνους ὀψίμους, ἀπὸ τὴν παρουσίαν ὕγρων ἐντὸς τοῦ στομάχου, ἀπὸ μίαν ὑπερέκκρισιν HCl καὶ ἀπὸ μίαν ταχεῖαν πέψιν τῶν λευκωμάτων. Ἀρχικῶς τὸ σύνδρομον τοῦτο ἔχαρακτηρίσθη ὑπὸ τοῦ Reichmann ὡς ἔρμηνεον μίαν γαστρίτιδα, ἕν συνεχεία δὲ ὁ Riegel τὸ ἀπέδωσεν είς νεύρωσιν ἐκκρίσεως. Ἀργότερον, Γάλλοι καὶ Γερμανοὶ ἔρευνηταὶ ἀποδεικνύουν, ὅτι τοῦτο ἔρμηνεύει μίαν στᾶσιν, τὸ δὲ 1897 ὁ Hayem ἀποδεικνύει, ὅτι ἡ στάσις αὕτη ὠφείλετο είς μίαν ἀρχομένην στένωσιν, ἵνα τὸ 1901 οἱ Sourault καὶ Hariman ἀποκαλύψουν ὅτι ἡ στένωσις αὕτη ἦτο τὸ ἀποτέλεσμα ἑνὸς παρα-πυλωρικοῦ ἔλκους.

Αἱ σημεριναὶ βεβαίως ἀντιλήψεις έπί τοῦ συνδρόμου τοῦ Reichmann ἔχουν μεταβληθῆ καὶ δέν ἀποδίδεται πλέον τοῦτο μόνον είς ἔλκος, δεδομένου ὅτι οἰαδήποτε βλάβη, μακράν ἢ πλησίον τοῦ πυλωροῦ κειμένη, δι' ἔρεθισμοῦ τοῦ στομάχου, διὰ σπασμοῦ ἢ λόγῳ φλεγμονῆς τοῦ πυλωροῦ δύναται νὰ τὸ δημιουργήσῃ. Ἔχει ὁμως ἔξαιρετικὴν σημασίαν ὁ ὅρος «παραπυλωρικὸν ἢ πυλωροδωδεκαδακτυλικὸν» ἔλκος, τὴν ὁποῖαν δέν ἐγνώριζον τὴν ἐποχὴν ἐκείνην. Καὶ τοῦτο, διότι ὁ ὅρος αὐτὸς προσπαθεῖ νοσολογικῶς νὰ συνδυάσῃ δύο νόσους, μὲ κοινὰ μὲν κλινικὰ συμπτώματα, αἱ ὁποῖαι ὁμως οὐσιαστικῶς διαφέρουν ριζικῶς μεταξὺ τῶν :

— Τὸ ἔλκος τοῦ δωδεκαδακτύλου εἶναι συχνότερον καὶ ἀπαντᾷ περισσότερον είς τὸ ἀνδρικὸν φύλον. Ἐμφανίζεται έπί βλεννογόνου, ὅστις διαφέρει ἱστολογικῶς καὶ χημικῶς τοῦ βλεννογόνου τοῦ στομάχου.

— Ἀλλὰ τὸ ἔλκος τοῦ δωδεκαδακτύλου διαφέρει ριζικώτατα τοῦ ἔλκους τοῦ στομάχου, κυρίως ὅσον ἀφορᾷ τὴν συμπαθειάν του ἔναντι τοῦ καρκίνου.

— Τὸ ἔλκος τοῦ δωδεκαδακτύλου, εἴτε πλησίον εἴτε μακράν τοῦ πυλωροῦ κείμενον, οὐδέποτε ὑφίσταται κακοήθη νεοπλασματικὴν ἔξαλλαγήν. Πρόκειται περὶ γενικοῦ κανόνος μὲ σπανιωτάτας ἔξαιρέσεις, αἵτινες πρακτικῶς δέν δύναται νὰ ληφθοῦν ὑπ' ὄψιν.

— Τὸ πυλωρικὸν ἔλκος, ἀντιθέτως, ὄχι μόνον ὑφίσταται ἀρκετὰ συχνὰ τὴν νεοπλασματικὴν ἔξαλλαγήν, ἀλλὰ συχνότατα μία παρὰ τὸν πυλωρὸν βλάβη ὑποδύεται ἕν κοινὸν ἔλκος, ἐνῶ ἐν τῇ πραγματικότητι πρόκειται περὶ πρωτοπαθοῦς καρκίνου.

Όταν επομένως δυνάμεθα να βεβαιώσωμεν, ότι πρόκειται περί έλκους του δωδεκαδακτύλου, βεβαιώνομεν συγχρόνως τὸ ἄδύνατον τοῦ καρκίνου. Διαγιγνώσκοντες ὅμως παρα-πυλωρικόν έλκος τοῦ στομάχου, δημιουργοῦμεν αὐτομάτως ὠρισμένας ἐπιφυλάξεις, ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἱστολογικὴν ὑφὴν του. Δεδομένου δὲ ὅτι τὸ έλκος εἶναι μία νόσος ἰατροχειρουργικὴ, εὐνόητον εἶναι πόσον διαφορετικὴ, ἀναλόγως τῆς ἐντοπίσεως, πρέπει νὰ εἶναι καὶ ἡ στάσις τοῦ ἱατροῦ. Ὡς ἐκ τούτου ὁ ὅρος πυλωροδωδεκαδακτυλικόν έλκος, ὡς μὴ ἐπιστημονικὸς καὶ εἰς θεραπευτικὰ σφάλματα ὀδηγῶν, δεόν νὰ μὴ χρησιμοποιηθῆται ἐφεξῆς.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΩΝ

Μελετῶντες τὸ κοινόν έλκωτικόν σύνδρομον, εἶδομεν τὴν κλινικὴν εἰκόνα, ἣτις χαρακτηρίζει ὅλα τὰ έλκη, οἷασδήποτε ἐντοπίσεως. Σήμερον θὰ ἐπιμείνωμεν ἰδιαιτέρως ἐπὶ τῶν σημείων ἐκείνων, τὰ ὁποῖα ἐρμηνεύουν περισσότερο τὴν εἰς τὸ δωδεκαδάκτυλον ἐντόπισιν τοῦ έλκους.

Ἡ πλέον συχνὴ ἐντόπισις, εἰς τὰ 95% τοῦλάχιστον τῶν περιπτώσεων, εἶναι ἐπὶ τοῦ βολβοῦ, ἢ δὲ συμπτωματολογία ἐξαρτᾶται ὀλιγώτερον ἐκ τῆς ἔδρας καὶ περισσότερο ἐκ τοῦ σταδίου ἐξελίξεως καὶ τοῦ ἐδάφους.

Τὸ έλκος τῆς κατιούσης μοίρας τοῦ δωδεκαδακτύλου εἶναι σπάνιον, καὶ δυνατόν νὰ ἔξηλῶς κλινικὰς ἐκδηλώσεις περισσότερο ἐντερικὰς παρά στομαχικὰς τοιαύτας. Τὰ πέραν τῆς δευτέρας μοίρας τοῦ δωδεκαδακτύλου έλκη εἶναι ἐξαιρετικῶς σπάνια.

Ὡς τύπον περιγραφῆς θὰ θεωρήσωμεν ἓν έλκος σχετικῶς πρόσφατον, ὁμαλῶς καὶ ἄνευ ἐπιπλοκῶν ἐξελισσόμενον, δεδομένου ὅτι, καὶ διὰ τὸν ἄρρωστον, τὰ συμπτώματα ἀποτελοῦν τὴν νόσον του καὶ οὐχὶ αἱ ἐπιπλοκαί.

Ἡ ἐπώδυνος κρίσις: Οἱ χαρακτῆρες τῆς θὰ προσδιορισθοῦν σαφῶς χάρις εἰς τὸ λεπτομερὲς ἱστορικόν.

— Ὁ πόνος εἶναι τὸ κύριον καὶ συχνὰ τὸ μόνον σύμπτωμα τῆς νόσου. Κατὰ τὸ 24ωρον ἐμφανίζεται πάντοτε τὴν αὐτὴν ὥραν εἰς τὸ αὐτὸ ἄτομον, ποικίλλει ὅμως εἰς τοὺς διαφόρους ἄρρώστους.

— Κλασσικῶς πρόκειται περί λίαν ὀψίμου πόνου, ἐμφανιζομένου 4—6 ὥρας μετὰ τὴν λήψιν τῶν γευμάτων. Συνήθως εἶναι πλέον πρῶίμος. Μ' ὅλα ταῦτα ὁ λίαν πρῶίμος πόνος, ὁ ἐμφανιζόμενος ἐντὸς τῆς πρώτης ὥρας, εἶναι σπάνιος καὶ μᾶλλον κατὰ τῆς διαγνώσεως ἑνὸς δωδεκαδακτυλικοῦ έλκους. Τούναντίον σπανίως παρατη-

ρεί τις εις ἕλλη ἀλλης ἐντοπίσεως πόνους ἐπερχομένους πολλάς ὥρας, 5—6, μετὰ τὸ φαγητόν. Οὗτοι συνηγοροῦν ὑπὲρ τοῦ δωδεκαδακτυλικοῦ ἔλκους.

— Ὁ πόνος ἐξαρτᾶται ἐκ τῶν γευμάτων: μετὰ κάθε γεῦμα καθ' ὅλην τὴν ἐπώδυνον περίοδον ἐπαναλαμβάνεται ἡ κρίσις.

— Ἡ ἔδρα τοῦ πόνου εἶναι συνήθως παρὰ τὸ ἐπιγαστριον, ἐνίοτε δεξιώτερον τῆς μέσης γραμμῆς.

— Ἡ ἀντανάκλασις δυνατὸν νὰ μὴ ὑπάρχη, ἀρκετὰ ὅμως συχνὰ ἀνευρίσκεται παρὰ τὴν σπονδυλικὴν στήλην, οὕτως ὥστε οἱ ἄρρωστοὶ νὰ ὀμιλοῦν μόνον διὰ τὸν ἀντανεκλαστικὸν αὐτὸν πόνον.

— Ἡ ἐντασις τῶν πόνων εἶναι σημαντικὴ συνήθως, ἂν καὶ δύναται νὰ ποικίλλῃ μέχρι τῆς ἀπλῆς ἀδιαθεσίας. "Ἄλλοτε ὑπὸ μορφὴν ἐντόνου συσφιγτικοῦ πόνου καὶ ἄλλοτε ὑπὸ μορφὴν «ἐπώδυνου πείνης», ἀρκετὰ χαρακτηριστικῆς, ἰδίως ὅταν ἐμφανίζεται τὴν νύκτα. Δὲν εἶναι ὅμως παθολογικὴ τοῦ ἔλκους, δεδομένου ὅτι ὑπάρχει καὶ εἰς ἄλλας καταστάσεις, ὅπως εἰς ὑπερσθενικὰς δυσπεψίας, ὑπογλυκαιμίας κ.ο.κ. Ὁ πόνος καὶ ἡ ἐπώδυνος πείνα παύουσι μὲ τὴν λήψιν τροφῆς, ἀλκαλικῶν κ.λ.π.

— Ἡ διάρκεια τῶν πόνων εἶναι χαρακτηριστικὴ. Ὁ πόνος τοῦ δωδεκαδακτυλικοῦ ἔλκους διαρκεῖ μέχρι καὶ τοῦ προσεχοῦς γεύματος. Καθ' ὅλον αὐτὸ τὸ χρονικὸν διάστημα ὁ ἄρρωστος θὰ ὑποφέρῃ καὶ θ' ἀνακουφισθῇ μόνον μὲ τὴν λήψιν ἔστω καὶ ἐλαχίστης ποσότητος τροφῆς.

Τὴν ἐξέλιξιν ταύτην ὁ Μογνίησις ὀνομάζει «ρυθμὸν εἰς τρεῖς χρόνους»: Γεῦμα-ἡσυχία-πόνος. Ἐνῶ ἀντιθέτως, εἰς περιπτώσιν ἔλκους τοῦ στομάχου, ὁ πόνος αὐτομάτως ἐξαφανίζεται πρὸ τοῦ προσεχοῦς γεύματος, διαγράφων οὕτω ἕνα «ρυθμὸν εἰς τέσσαρας χρόνους»: Γεῦμα-ἡσυχία-πόνος-ἡσυχία. Οἱ πόνου οὗτοι συνοδεύονται ἐνίοτε ὑπὸ σιαλορροίας, οἱ ἔμετοι εἶναι σπάνιοι καὶ ὀξιοι, ἐκδηλούμενοι εἰς τὴν ἀρχὴν τῶν πόνων, τοὺς ὁποίους καὶ καταπραῶνουν.

Καθ' ὅλην τὴν ἐπώδυνον περίοδον αἱ κρίσεις αὗται ἐπαναλαμβάνονται καθημερινῶς ἐπὶ ἕνα χρονικὸν διάστημα, σχεδὸν πάντοτε τὸ αὐτὸ διὰ τὸ αὐτὸ ἄτομον καὶ κατὰ τὰς αὐτὰς ἐποχάς, τὸ ὅποιον διαρκεῖ ὀλίγας ἐβδομάδας, σπανίως πέραν τῶν δύο μηνῶν καὶ ταχύτατα ἐξαφανίζεται, ἵνα ἐπακολουθήσῃ μία κατάστασις πλήρους ὑγείας. Ἡ περίοδος αὕτη ἡρεμίας ὑπερβαίνει εἰς διάρκειαν κατὰ

πολύ τὴν ἐπώδυνον περίοδον, καὶ ἐπὶ μῆνας, ἐνίοτε καὶ ἔτη, ὁ ἄρρωστος θεωρεῖ ἑαυτὸν ἰαθέντα καὶ ὡς ἐκ τούτου οὐδεμίαν διαίταν ἢ ἄλλην φαρμακευτικὴν ἀγωγὴν ἀκολουθεῖ. Οἱ παράγοντες, οἵτινες προκαλοῦν τὴν ἐπανεμφάνισιν τῶν περιόδων πόνων, παρὰ τὰς ἀναριθμήτους πειραματικὰς καὶ μὴ ἐργασίας, παραμένουν εἰσέτι ἀνεξιχνίαστοι. Ἀποτέλεσμα τῆς ἀγνοίας ταύτης εἶναι καὶ ἡ ἀνυπαρξία ἐιδικῆς θεραπείας τοῦ ἔλκους.

Ἡ ἐξέτασις τοῦ ἀρρώστου εἶναι περιωρισμένης σημασίας. Κατὰ τὴν ἐπώδυνον περίοδον θ' ἀναζητήσωμεν τὸ ἐπώδυνον δωδεκαδακτυλικὸν σημεῖον δεξιὰ τῆς μέσης γραμμῆς, ὁπότε κατὰ τὴν βαθεῖαν πίεσιν θὰ προκαλέσωμεν πόνον, ὅστις θὰ πρέπη νὰ διαχωρισθῇ ἀπὸ τὸ σημεῖον τοῦ Murphy, τὸ ὁποῖον, ὡς γνωστόν, ἀνευρίσκεται κατὰ τὴν βαθεῖαν εἰσπνοήν. Ἐπίσης δυνατόν νὰ διαπιστώσωμεν καὶ μίαν ἀντίστασιν τῶν κοιλιακῶν τοιχωμάτων ὀφειλομένην εἴτε εἰς τὴν πίεσιν τοῦ ἔλκους ἐκ τῶν ἔξω—σπλαγγχικῆ ἀντίστασις—εἴτε εἰς ἓνα ἀντανεκλαστικὸν «σπλάγγχων—σκελετοῦ», ἀναφερόμενον ὡς ἀντανεκλαστικὸν ἀντιστάσεως καὶ συσπάσεως.

Ὁ Cade ἔχει περιγράψει ἕτερον ἐπώδυνον σημεῖον ἀνευρίσκόμενον κατὰ τὴν πίεσιν τοῦ ἀριστεροῦ φρενικοῦ νεύρου μεταξὺ τῶν γαστέρων τοῦ στερνοκλειδομαστοειδοῦς, ἐνῶ ὡς γνωστόν δεξιὰ εὐρίσκεται ἓνα ἀνάλογον ἐπώδυνον σημεῖον παρατηρούμενον ἐπὶ χολοκυστίτιδος.

Αἱ παρακλινικαὶ ἐξετάσεις ἐνέχουν σχετικὴν σημασίαν:

— Ἡ ἀναζήτησις τῶν μικροσκοπικῶν αἱμορραγιῶν ἔχει σχετικὴν ἀξίαν, ὅταν αὗται ἀνευρίσκωνται κατὰ τὰς ἐπώδυνους περιόδους. Σημειωτέον ὅτι τὰς αἱμορραγίας γενικῶς τὰς θεωροῦμεν ὡς ἐπιπλοκὴν καὶ οὐχὶ ὡς σύμπτωμα ἐνός ἔλκους.

— Ἡ ἐξέτασις τοῦ γαστρικοῦ ὑγροῦ δεικνύει ἀφ' ἐνός μὲν τὴν ἀπουσίαν φαινομένων στάσεως, ἀφ' ἑτέρου δὲ καὶ ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον μίαν αὔξησιν τοῦ ὕδροχλωρικοῦ ὀξέος. Σημειωτέον ὅμως, ὅτι ἡ γαστρικὴ ὀξύτης δυνατόν νὰ εἶναι ὄχι μόνον φυσιολογική, ἀλλὰ καὶ ἠλαττωμένη. Καὶ αὕτη ἡ τελεία ἀπουσία ὕδροχλωρικοῦ ὀξέος δὲν ἀποκλείει τὴν διάγνωσιν ἐνός δωδεκαδακτυλικοῦ ἔλκους. Ἡ τυχὸν παρουσία μικρᾶς ποσότητος αἵματος ἐντός τοῦ γαστρικοῦ ὑγροῦ δὲν ἔχει ἐπίσης διαγνωστικὴν ἀξίαν, ἐφ' ὅσον δυνατόν νὰ προῆλθεν ἀπὸ τραυματισμὸν ἐκ τοῦ καθετήρος.

Κατὰ τὴν διαδρομὴν ἐνός δωδεκαδακτυλικοῦ ἔλκους δυνατόν νὰ

παρατηρηθῆ ἑλαφρά πυρετική κίνησις, μία ἀνορεξία, μία ὑπότασις, μία ἀπίσχνανσις, ἀλλὰ καὶ ἄρκετὰ συχνὰ μία βουλιμία.

Ἐχει ἐπίσης παρατηρηθῆ ἡ συνύπαρξις ἑλκκοῦς δωδεκαδακτύλου καὶ ἐρυθραιμίας. Αὕτη δὲν ἔχει ἰδιαιτέραν διαγνωστικὴν ἀξίαν, ἴσως ὁμως παθογονικὴν. Οὕτως εἰς τὰ ἔλκη τοῦ δωδεκαδακτύλου παρατηρεῖται ἄρκετὰ συχνὰ αὐξήσις τοῦ ἀριθμοῦ τῶν ἐρυθρῶν αἰμοσφαιρίων, εὐρημα κάπως περίεργον εἰς τὰ ἔλκοπαθῆ αὐτὰ ἄτομα, τὰ ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον καταβεβλημένα, με ὠχρὰν ὄψιν καὶ δυσπεπτικὰς διαταραχάς. Ὁ ἀριθμὸς τῶν ἐρυθρῶν αἰμοσφαιρίων ποικίλλει, κυμαινόμενος ἀπὸ 4.000.000, 5.000.000, 6.000.000 μέχρι καὶ 10.000.000 ἐρυθρῶν, ἐνῶ ὁ ἀριθμὸς τῶν εἶναι συνήθως ἡλαττωμένος εἰς τὰ ἔλκη τοῦ στομάχου. Ἀμερικανοὶ συγγραφεῖς ἀνεύθρον τὴν συνύπαρξιν ταύτην εἰς ἓνα ποσοστὸν 12 ἀρρώστων ἐπὶ 143 περιπτώσεων γνησίας ἐρυθραιμίας. Ἐκ τούτων 10 ἦσαν ἔλκη τοῦ δωδεκαδακτύλου καὶ 2 τοῦ στομάχου. Τούναντίον εἰς 200 ἄτομα πάσχοντα ἐξ ὑπερτάσεως μόνον 2% εἶχον συγχρόνως καὶ ἔλκος, διαφορὰ ἐπομένως σημαντικὴ καὶ χαρακτηριστικὴ. Ἡ συνύπαρξις τῆς ἐρυθραιμίας ταύτης παρουσιάζει παθογονικὸν ἐνδιαφέρον, δεδομένου ὅτι ἡ νόσος αὕτη ἔχει τάσιν νὰ προκαλῆ ἀγγειακὰς θρομβώσεις. Οὕτω δυνατὸν νὰ σχηματισθοῦν θρόμβοι εἰς τὰ τριχοειδῆ τοῦ βλεννογόνου καὶ νὰ δημιουργήσουν μίαν ζώνην ἡλαττωμένης ἀντιστάσεως, ἥτις νὰ ὑποστῇ πέψιν.

Ἡ ἐρυθραιμία αὕτη εἶναι ἐπίσης ἀξία προσοχῆς, διότι παρατηρεῖται εἰς τὸ ἔλκος, δηλαδὴ εἰς μίαν νόσον συνοδευομένην καὶ ἀπὸ ὑπερχλωρυθρίαν, ἐν ἀντιθέσει μετὰ τὴν ἀναιμίαν, ἥτις συνοδεύεται ἀπὸ ὑποχλωρυθρίαν ἢ καὶ ἀχυλίαν.

Πλεῖστα ἐξηγήσεις ἐδόθησαν διὰ τὴν ἐρυθραιμίαν ταύτην. Οὕτως ὁ Friedman τὴν ἀποδίδει εἰς τὴν ὑπεραδρεναλιναιμίαν, ἥτις παρατηρεῖται εἰς τὰ ἔλκη τοῦ δωδεκαδακτύλου. Ἄλλοι τὴν ἀποδίδουν εἰς τὸν ὑπὸ τῶν ἐπανειλημμένων αἱμορραγιῶν προκαλούμενον ἐρεθισμὸν τοῦ μυελοῦ τῶν ὀστέων.

Ἐφ' ὅσον ὁμως ἡ ἀπουσία τοῦ ἀντιαναιμικοῦ παράγοντος τοῦ Castle εἰς τὸ ὑποχλωρυθρικόν γαστρικὸν ὑγρὸν εἶναι εἰς ἕκ τῶν παραγόντων, οἵτινες ὀδηγοῦν πρὸς τὴν κακοῦθῆ ἀναιμίαν, δυνάμεθα ἴσως νὰ παραδεχθῶμεν, ὅτι ἡ αὐξήσις τοῦ παράγοντος τούτου εἶναι πιθανὴ εἰς ὑπερχλωρυθρικόν γαστρικὸν ὑγρὸν, προκαλοῦσα οὕτω καὶ τὴν αὐξήσιν τοῦ ἀριθμοῦ τῶν ἐρυθρῶν αἰμοσφαιρίων.

Ἐπενθυμίζομεν ἐπίσης ὅτι γενικῶς ἡ αἰμοσφαιρίνη καὶ ἡ γαστρικὴ δξύτης ἐλαττοῦνται παραλλήλως. Μία ὑπόχρω-

μος μεθαιμορραγική άναιμία συνοδεύεται από ύποχλωρυδρίαν. Κατά τούς 'Αμερικανούς Alvarez και Carson, τó δωδεκαδακτυλικόν έλκος άποτελεί έξαιρέσιν τοϋ κανόνος. 'Εάν δηλαδή, παρουσία μιās ύποχρώμου άναιμίας λόγω έμφανους ή δχι αιμορραγίας, ή γαστρική όξύτης εύρεθί ηύξημένη, ή διάγνωσις τοϋ δωδεκαδακτυλικού έλκους είναι λίαν πιθανή, και όταν ακόμη έχουν εξαφανισθί, λόγω άκριβώς τής αιμορραγίας ταύτης, τά άκτινολογικά σημεία.

ΕΞΕΛΙΞΙΣ

'Εξαιρέσει κάθε χειρουργικής έπεμβάσεως, ή εξέλιξις ενός έλκους τοϋ δωδεκαδακτύλου δύναται νά παρουσιάσθι ποικίλας φάσεις :

— 'Ηΐσσις δυνατόν νά είναι πλήρης. Δυσκόλως όμως δύναμεθα νά τήν βεβαιώσωμεν λαμβανομένων ύπ' όψιν τών μακροτάτων φυσιολογικών περιόδων ήρεμίας, αίτινες δύνανται νά παραταθώσιν επί έτη.

— 'Η περιοδική εξέλιξις δυνατόν νά συνεχισθί έπ' άπειρον άνευ ούδεμιās έπιπλοκής.

— 'Εμφάνισις τοπικών χρονίων άλλοιώσεων, όποτε τó έλκος μονιμοποιείται, με άποτέλεσμα τούς συνεχείς πόνους και τήν εξαφάνισιν τών περιόδων ήρεμίας.

— 'Εξέλιξις πρós τήν στένωσιν τοϋ πυλωρού (φλεγμονώδη, σπαστική, μόνιμον όργανικήν).

— 'Εξέλιξις πρós τήν περιδωδεκαδακτυλίτιδα, με κλινικήν έκδήλωσιν τó περισπλαγγχικόν σύνδρομον, και άκτινολογικήν εικόνα τās χρονίας παραμορφώσεις τοϋ βολβοϋ. Πλέον έκτεταμένη περιδωδεκαδακτυλίτις προκαλεί ένοχλήματα έκ τής χοληδόχου, τοϋ δεξιού κώλου και κυρίως συμπτώματα διαλειπούσης σπαστικής στενώσεως τοϋ πυλωρού.

— 'Η φυσιολογική εξέλιξις δυνατόν νά έπιπλακί από μίαν ή περισσότεράς γαστρορραγίας, βαρείας προγνώσεως.

— Δυνατόν επίσης τó έλκος νά διατρηθί, όποτε έπιβάλλεται ή άμεσος χειρουργική επέμβασις.

— 'Η κακοήθης έξαλλαγή είναι πρακτικώς άνύπαρκτος, γεγονός τó όποιον διαχωρίζει τó έλκος αυτό από τó τοϋ στομάχου.

ΚΛΙΝΙΚΑΙ ΜΟΡΦΑΙ

'Εκ τών πολλαπλών κλινικών είκόνων άς δύναται νά ύποδυθί έν έλκος τοϋ δωδεκαδακτύλου, άναφέρομεν τās πλέον σημαντικάς.

1ον. Μονοσυμπτωματικά: Ἐπώδυνοι: λίαν συχναί, προσλαμβάνουσαι τὴν κλινικὴν εἰκόνα τοῦ Tabes.

Ἰκτερικά: αὗται δημιουργοῦν διαγνωστικά προβλήματα, δεδομένου ὅτι τὸ σύμπτωμα τοῦτο ἐμφανίζεται ὡς τὸ μόνον ἀποκαλυπτικὸν ἑνὸς δωδεκαδακτυλικοῦ ἔλκους. Παρατηροῦνται συνηθέστερον εἰς τὰ ἔλκη τῆς δευτέρας μοίρας τοῦ δωδεκαδακτύλου καὶ σπανιώτερον εἰς τὰ τοῦ βολβοῦ. Παρατηροῦντο δὲ συχνότερον παλαιότερον, ὅποτε αἱ χειρουργικαὶ ἐπεμβάσεις δὲν ἦσαν συχναί. Ἡ κλινικὴ αὐτῶν ἐκδήλωσις ποικίλλει. Οὕτω δυνατόν ὁ ἴκτερος νὰ ἐμφανισθῇ εἰς ἄτομον ἄνευ ἀναμνηστικοῦ, ἐπιπλεκόμενος ἀπὸ γαστρορραγίαν μὲ μοιραίαν κατάληξιν. Κατὰ τὴν νεκροψίαν ἀνευρίσκεται ἓν δωδεκαδακτυλικὸν ἔλκος, ὃ δὲ χοληδόχος πόρος περισφίγγεται ἀπὸ συμφύσεις. Ἄλλοτε πάλιν, εἰς γνωστὸν ἔλκοπαθῆ καὶ κατὰ τὴν διάρκειαν μιᾶς περιόδου ἐντόνων πόνων ἐμφανίζεται ὁ ἴκτερος. Ἄλλὰ καὶ προσδευτικῶς δυνατόν νὰ ἐγκατασταθῇ ὁ ἴκτερος εἰς ἓνα ἔλκοπαθῆ. Τὰ κυριώτερα αἰτία ἑνὸς τοιοῦτου ἴκτερου εἶναι τὰ ἑξῆς: μία περισπλαχνίτις, ἥτις περισφίγγει τὸν χοληδόχον πόρον, μία στένωσις τοῦ χοληδόχου πόρου ἢ ἀπόφραξις τοῦ φατερείου φύματος ἐκ μιᾶς φλεγμονῆς, εἷς παρατεταμένος σπασμὸς παρὰ τὸ φατέρειον φῦμα, μία ἐκ χρονίας παγκρεατίτιδος μηχανικὴ ἀπόφραξις, καὶ τέλος μία ἀνοικτὴ καὶ σηπτικὴ ἐξέλκωσις δύναται νὰ προκαλέσῃ μίαν λοιμώδη ἥπατίτιδα, τύπου καταρροϊκοῦ ἴκτερου.

Αἱμορραγικά: κατὰ ταύτας οἱ πόνοι σπανίζουσιν, τὰ ἀκτινολογικὰ σημεῖα εἶναι ἐλάχιστα, ἡ δὲ μόνη κλινικὴ ἐκδήλωσις εἶναι μία ἢ πολλαπλασί καὶ κατὰ περιόδους γαστρορραγία, βαρείας προγνώσεως, λόγῳ τοῦ κινδύνου ὃν συνεπάγεται ἡ ἄγνοια τῆς αἰτιολογίας τῆς, ἢ σοβαρότης τῆς ἢ ἡ προκαλουμένη ἀναιμία.

2ον. Λανθάνουσαι: ἡ πρώτη κλινικὴ ἐκδήλωσις εἶναι μία ἐπιπλοκή: διάτρησις ἢ γαστρορραγία.

3ον. Μορφαί μὲ ἄμεσον πυλωρικὴν συμπτωματολογίαν: Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς τὸ ἔλκος ἐκδηλοῦται τὸ πρῶτον μὲ φαινόμενα σπαστικῆς στενώσεως τοῦ πυλωροῦ. Παρατηρεῖται ἄρκετὰ συχνά εἰς τὸ ἔλκος τοῦ βολβοῦ, κλινικῶς δὲ ἐκτός τῶν ὀψίμων πόνων θὰ ἔχωμεν ἐμέτους λίαν ὀξίνους, οἵτινες καταπραΰνουν τοὺς πόνους. Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις ἀποκαλύπτει τὴν στένωσιν, ἡ ἐν συνεχείᾳ δὲ ἀντισπασμωδικὴ θεραπεία θὰ ἐκτιμῆσῃ τὸν σπαστικὸν χαρακτήρα τῆς στενώσεως ταύτης.

ΤΟΠΟΓΡΑΦΙΚΑΙ ΜΟΡΦΑΙ

Θά αναφέρωμεν ἀπλῶς τὸ διπλοῦν ἔλκος στομάχου καὶ βολβοῦ τὰ ἐξαιρετικῶς σπάνια ἔλκη τῆς τρίτης καὶ τετάρτης μοίρας τοῦ δωδεκαδακτύλου. Θά ἐπιμεινωμεν ἐπὶ τοῦ μεταβολικοῦ ἔλκους καὶ ἰδίως τῆς κατιούσης μοίρας.

α) Μεταβολικόν ἔλκος : τοῦτο ἐντοπίζεται εἰς τὸ τμήμα τοῦ δωδεκαδακτύλου τὸ μετὰ τὸν βολβὸν καὶ παρὰ τὸ ἄνω γόνυ. Ὀλιγώτερον σπάνιον ἀπὸ ὅ,τι γενικῶς πιστεύεται, ἔχει τὴν αὐτὴν κλινικὴν εἰκόνα μὲ τὸ σὺνηθες ἔλκος. Ἡ μόνη δυσχέρεια εἶναι ἡ ἀκτινολογικὴ διάγνωσις.

β) Τὸ ἔλκος τῆς δευτέρας ἢ κατιούσης μοίρας τοῦ δωδεκαδακτύλου : γνωστὸν ἀπὸ τῆς ἐποχῆς τοῦ Bucquoy εἶναι πολὺ σπανιώτερον τοῦ σὺνήθους ἔλκους. Ἡ συχνότης του κυμαίνεται ἀναλόγως τῶν συγγραφέων ἀπὸ 5—10% ἐπὶ τοῦ συνόλου τῶν ἐλκῶν τοῦ δωδεκαδακτύλου. Παρατηρεῖται εἰς ὅλας τὰς ἡλικίας καὶ περισσόν εἰς τὸ ἀνδρικὸν φύλον (3 : 1).

Τὸ ἔλκος τοῦτο ἐδράζεται σχεδὸν πάντοτε ὑπερθεν τοῦ φατερείου φύματος, ἐπὶ τῆς ὀπισσίας ἢ ἔσω μοίρας τοῦ δωδεκαδακτύλου ἢ πλησίον τοῦ φύματος. Πρόκειται ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον περὶ διατηραινόντων ἐλκῶν, τὰ ὁποῖα δημιουργοῦν συμφύσεις μὲ τὰ παρακείμενα ὄργανα ἐντὸς τῶν ὁποίων καὶ εἰσέρχονται, ὅπως τὸ ἥπαρ, τὸ πάγκρεας, ἡ χοληδόχος κύστις. Δυνατὸν οὕτω νὰ σχηματισθῇ εἰς ὄγκος, ὅστις πιέζει τὸν χοληδόχον πόρον ἢ τὸν τοῦ Wirsung καὶ νὰ ἐκληφθῇ ὡς νεόπλασμα.

Ἀπὸ κλινικῆς ἀπόψεως ἡ εἰκὼν ὁμοιάζει μὲ τὴν τοῦ σὺνήθους ἔλκους τοῦ βολβοῦ, ἥτοι παρουσιάζει τοὺς περιοδικοὺς πόνους εἰς τὸ 24ωρον καὶ τὸ ἔτος, ἂν καὶ οἱ πόνοι ἐνίοτε προσλαμβάνουν ἐξαιρετικὴν ἔντασιν. Δύναται ἐπὶ πλεόν νὰ παρατηρηθῇ πύρωσις, ναυτίαισις, ἐνίοτε ἔμετοι.

Ἐπάρχουν ὁμως καὶ ποικίλαι κλινικαὶ μορφαί, αἱ ὁποῖαι χαρακτηρίζουν τὴν ἐξέλιξιν τοῦ ἔλκους τούτου. Οὕτως ἡ διάτρησις εἶναι συχνή, ὡς ἐπίσης ὁ ἴκτερος, ἡ χρονία παγκρεατῆτις καὶ ἡ στένωσις τοῦ χοληδόχου πόρου. Μία εἰδικὴ ἐπιπλοκὴ τοῦ ἔλκους τούτου εἶναι ἡ ἀμιγῆς στένωσις τοῦ δωδεκαδακτύλου, χαρακτηριζομένη ἀπὸ τὰ αὐτὰ φαινόμενα ἀπὸ τὰ ὁποῖα καὶ ἡ στένωσις τοῦ πυλωροῦ. Ἐὰν ἡ στένωσις ἐδράζεται κάτωθεν τοῦ φατερείου φύματος, προστίθενται μεγάλοι χολώδεις ἔμετοι, μὲ ταχεῖαν προσβολὴν τῆς γενικῆς καταστάσεως. Ἀκτινολογικῶς ἡ στένωσις ἀποκαλύπτει-

ται από μίαν μόνιμον ελάττωσιν τοῦ εὔρου τοῦ δωδεκαδακτύλου παρά τὸ σημεῖον τῆς στενώσεως, ἐνῶ ὑπερθεν παρατηρεῖται μία ἔντονος περισταλτικὴ πάλη ἀκολουθουμένη ὑπὸ ἀτονίας μετὰ διατάσεως.

Σημειωτέον ὅτι εἰς τὰ ἔλκη ταῦτα παρατηροῦνται μορφαὶ αἱμορραγικαί, μετὰ ναυτιόσεως, ἰκτερικαί, παγκρεατικά, ἥπατοχολοκυστικά καὶ συνύπαρξις με νεφρολιθίασιν. Ἡ θεραπεία τῶν ἐλκῶν αὐτῶν εἶναι δυσχερεστάτη. Σχεδὸν πάντοτε χρῆζουσι χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως.

Ἐκ τῆς ἀκτινολογικῆς ἀπόψεως τὰ ἔλκη τῆς κατιούσης μοίρας τοῦ δωδεκαδακτύλου παρουσιάζουσι ἰδίαν εἰκόνα, τὴν ὁποίαν ὁμως θέλομεν περιγράψαι μετὰ τὴν τῶν ἄλλων ἐλκῶν τοῦ ὄργανου τούτου.

Διαφορικὴ διάγνωσις: Παρουσία ἑνὸς τυπικοῦ ἐλκωτικοῦ συνδρόμου καὶ ἀσχέτως τῶν χαρακτήρων τοῦ πόνου, τῆς παρουσίας ἢ μὴ ἐμέτων ἢ γαστρορραγιῶν, τῆς ὥρας ἐμφάνισεως τῶν πόνων, ἢ διάγνωσις τοῦ ἔλκους ἐπιβάλλεται, συζητεῖται δὲ μόνον ἢ ἐντόπις τούτου. Πρὸς τοῦτο μόνον ἢ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις θὰ προσδιορίσῃ ἐπακριβῶς καὶ μετὰ βεβαιότητος, ἐάν πρόκειται περὶ ἔλκους τοῦ στομάχου, τοῦ πυλωροῦ ἢ τοῦ δωδεκαδακτύλου.

Παρουσία μιᾶς κλινικῆς εἰκόνας ὀλιγώτερον τυπικῶς ἢ παρουσία ἀτύπων πόνων εἰς ἔντασιν καὶ περιοδικότητα εἰς τὸ 24ωρον, θὰ ἐρευνησώμεν ἰδίως τὴν περιοδικότητα εἰς τὸ ἔτος. Παρουσία φαινομένων περισπλαγχνίτιδος θὰ σκεφθώμεν τὰς πρωτοπαθεῖς τοιαύτας (φυματίωσις ἢ τὰς δευτεροπαθεῖς λόγω χολοκυστίτιδος, χρονίας σκωληκοειδίτιδος κ.ο.κ.). Παρουσία γαστρορραγιῶν ἄνευ ἄλλων κλινικῶν ἐκδηλώσεων προβάλλει τὸ πολὺ πλοκὸν πρόβλημα ὄλων τῶν γαστρορραγιῶν, μετὰ τὸ ὁποῖον θέλομεν ἀσχοληθῆ κατωτέρω. Σημειοῦμεν ὁμως ἀπὸ τοῦδε, ὅτι μερικὰ ἔλκη δωδεκαδακτύλου ἔχουσι ὡς μόνην κλινικὴν ἐκδήλωσιν περιοδικὰς αἱμορραγίας.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΩΝ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Ἐάν ἡ λήψις ἑνὸς καλοῦ ἱστορικοῦ ἐπιτρέπη τὴν κλινικὴν διάγνωσιν ἑνὸς ἔλκουσ, σπανίως αὕτη δύναται νὰ ἐντοπίσῃ τοῦτο ἐπακριβῶς. Ἀντιθέτως ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις ὄχι μόνον θὰ ἐπιβεβαιώσῃ τὴν κλινικὴν διάγνωσιν τοῦ ἔλκουσ, ἀλλὰ καὶ θὰ ἐντοπίσῃ τοῦτο. Ὁ συνδυασμὸς ἐπομένως κλινικῆς καὶ ἀκτινολογίας εἶναι πλέον ἢ ἀπαραίτητος.

Κατὰ τὸν διδάσκαλόν μας R. A. Guimpp, ἡ ἀκτινολογικὴ μελέτη, (ἰδίως τοῦ δωδεκαδακτυλικοῦ ἔλκουσ, παρουσιάζει δύο σκοπέλους :

α) Νὰ μὴ διαγνωσθῇ ἔν ὑπάρχον ἔλκος.

β) Νὰ διαγνωσθῇ ἔν ἀνύπαρκτον ἔλκος.

Πρὸ μερικῶν ἐτῶν ὕψιστατο μόνον ὁ πρῶτος κίνδυνος. Ἦδη μὲ τὴν ἀφθονίαν τῶν ἀκτινολογικῶν μηχανημάτων καὶ ἀκτινολόγων, ὁ δεῦτερος κίνδυνος εἶναι κατὰ πολὺ μεγαλύτερος τοῦ πρώτου. Καὶ τοῦτο διότι οἱ περισσότεροι ἐκ τῶν ἰατρῶν, ὡς ἐπίσης καὶ μέγας ἀριθμὸς ἀκτινολόγων, ἐξακολουθοῦν νὰ θεωροῦν εἰσέτι τὴν ἀπλὴν ἀκτινοσκόπησιν ὡς τὴν κατ' ἐξοχὴν διαγνωστικὴν μέθοδον. Ἀναμφισβητήτως ἡ ἀκτινοσκόπησις εἶναι χρήσιμος, πρέπει ὅμως πάντοτε νὰ συνδυάζεται μὲ τὴν λήψιν ἀκτινογραφιῶν ἔν σειρᾷ. Ἀποκαλύπτει τὴν ὑπαρξιν ἀρκετῶν ἔλκων, πλεῖστα ὅμως τούτων εἶναι κάτω τῆς ἀκτινοσκοπικῆς ὁρατότητος, χωρὶς διὰ τοῦτο νὰ εὐθύνεται ὁ ἀκτινολόγος. Οὗτος εὐθύνεται, ὅταν, λόγῳ ἀπεριορίστου ἐμπιστοσύνης πρὸς αὐτὴν, ἀποκλείει αὐτομάτως τὴν ὑπαρξιν ἑνὸς ἔλκουσ, ἐπειδὴ ἀκτινοσκοπικῶς δὲν τὸ διέκρινε. Καὶ ἔν τούτοις, καθημερινῶς σχεδόν, προσέρχονται ἄρρωστοι πρὸς ἐξέτασιν μὲ μίαν ἀνά χεῖρας ἀρνητικὴν ἀκτινοσκόπησιν. Αἱ τῆ συστάσει μας ληφθεῖσαι τὴν ἐπομένην ἀκτινογραφίαι ἀπεκάλυψαν τὴν ὑπαρξιν ὄχι μόνον ἔλκων, ἀλλὰ καὶ καρκίνων τοῦ στομάχου, μὴ διαγνωσθέντων ἀκτινοσκοπικῶς.

Μόνον ἐπομένως αἱ τεχνικῶς ἄρισται ἔν σειρᾷ ἀκτινογραφίαι ἐπιτρέπουν νὰ βεβαιώσῃ τις ἀπολύτως τὴν ὑπαρξιν ἢ μὴ τοῦ ἔλκουσ. Ὑποβοηθούμεναι καὶ ἀπὸ τὴν ἀκτινοσκόπησιν μᾶς ἐπιτρέπουν νὰ

διακρίνωμεν τὰς γνησίας ἀπὸ τὰς ψευδεῖς φωλεάς, αἵτινες δημιουργοῦνται ἀπὸ μίαν περισταλτικὴν κίνησιν ἢ ἓνα σπασμὸν. Αἱ ἀκτινογραφίαι ἐν σειρᾷ θὰ διαχωρίσουν τὰς ὀργανικῆς φύσεως παραμορφώσεις τοῦ βολβοῦ ἀπὸ τὰς ὀφειλομένας εἰς λειτουργικὰς ἀνωμαλίας ἢ βλάβας τῶν πέριξ ὀργάνων. Τέλος μόνον χάρις εἰς τὴν σύγκρισιν τῶν ἀκτινογραφιῶν θὰ δυνηθῶμεν νὰ ἐλέγξωμεν τὰ ἀποτελέσματα μιᾶς θεραπείας ὡς καὶ τὴν ἐξέλιξιν τοῦ ἔλκους.

Α' ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΩΝ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΒΟΛΒΟΥ

Πρὶν ἢ μελετήσωμεν τὴν ἀκτινολογικὴν εἰκόνα ἐνὸς παθολογικοῦ βολβοῦ λόγῳ ἔλκους, θὰ πρέπη νὰ γνωρίζωμεν καλῶς τὴν τοῦ φυσιολογικοῦ. Πρὸς τοῦτο δέον ἀπαραιτήτως νὰ ἐντοπίσωμεν ἐπακριβῶς καὶ κατὰ πρότον τὸν πυλωρὸν. Θὰ πρέπη νὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν τὸ σχῆμα καὶ τὴν φυσιολογικὴν θέσιν τοῦ πυλωρικοῦ ἄντρου, τοῦ πυλωρικοῦ ἴσθμου, τοῦ βολβοῦ, τοῦ ἄνω γόνατος καὶ τῆς κατιούσης μοίρας τοῦ δωδεκαδακτύλου, ὡς καὶ τὰς σχέσεις τῶν διαφόρων αὐτῶν μοιρῶν μεταξύ των καὶ μὲ τὴν σπονδυλικὴν στήλην.

Τὰ παρατιθέμενα σχήματα—λεφθέντα ἐκ τοῦ συγγράμματος τοῦ R. Guimann—(πίναξ Β', Σχ. 1, 2) δεικνύουν σαφῶς τὰς ὡς ἄνω σχέσεις, ὡς ἐπίσης καὶ τὰς περιπτώσεις ἐκείνας, καθ' ἃς λόγῳ σπασμοῦ ἐκλαμβάνεται ὡς βολβός εἴτε τὸ πυλωρικὸν ἄντρον, εἴτε τὸ διατεταμένον ἄνω γόνυ.

Ὁ φυσιολογικὸς βολβὸς εἶναι τὰ πρῶτα 2—3 ἐκ. τοῦ δωδεκαδακτύλου. Ἀπὸ τὸν στόμαχον χωρίζεται ἀπὸ μίαν ζώνην ἀνοικτοῦ χρώματος, ὅταν ὁ πυλωρὸς εἶναι κλειστός, ἢ ἐνοῦται μετὰ τούτου καὶ ἀνάλόγως τοῦ βαθμοῦ διανοίξεως τοῦ πυλωροῦ, μὲ μίαν μοῖραν κατὰ τὸ μᾶλλον ἢ ἥττον εὐρείαν (σχ. 1, 2).

Ὁ βολβὸς τοῦ δωδεκαδακτύλου κινεῖται ἐλευθέρως, τὸ δὲ σχῆμα του ποικίλλει ἀνάλογως τῆς μορφολογίας τοῦ στομάχου. Οὕτω προσλαμβάνει ἄλλοτε μὲν σχῆμα μίτρας ἐπισκόπου (σχ. 3), ἄλλοτε εἶναι ἀπιοειδῆς (σχ. 4), ἄλλοτε τριγωνικὸς μὲ στρογγύλας γωνίας (σχ. 5). Ἐκ τῶν πλαγίων παρατηρούμενος ἐμφανίζεται μᾶλλον στρογγύλος. Ἐνίοτε ἐμφανίζει ἐντομὴν ὀφειλομένην εἰς πίεσιν τοῦ χοληδόχου πόρου (σχ. 6).

Συσπόμενος ἀλλάσσει σχῆμα, σμικρύνεται, παύει νὰ εἶναι συμμετρικός. Οὕτως εἰς μίαν σειρὰν ἀκτινογραφιῶν ληφθεῖσαν τὴν αὐτὴν ὥραν δυνατόν νὰ παρατηρηθοῦν διάφορα ἐναλλασσόμενα σχήματα.

Συνεχίζων τὸν στόμαχον ὁ βολβὸς κατευθύνεται πρὸς τὰ ἄνω καὶ δεξιὰ. Εἰς περίπτωσιν πτώσεως τοῦ στομάχου λαμβάνει θέσιν κάθετον (σχ. 7). Εἰς περίπτωσιν στομάχου ἐν εἴδει «κέρατος βοός»,

ὁ βολβὸς κατευθύνεται δεξιὰ εἴτε ὀριζοντίως (σχ. 8), εἴτε πρὸς τὰ κάτω (σχ. 9).

Ἐνίοτε κρύπτεται ὀπισθεν τοῦ στομάχου καλυπτόμενος ὑπὸ τοῦ πυλωρικοῦ ἄντρου, ὅποτε διακρίνεται μόνον ἐάν στρέψωμεν πλαγίως



6x 1



6x 2



6x 3



6x 4



6x 5



6x 6



6x 7



6x 8



6x 9

Πίναξ Β'

τὸν ἄρρωστον. Εἰς τοὺς ὑποτονικοὺς καὶ ἀτόνους στομάχους ὁ βολβὸς ἐπιμηκύνεται καὶ λαμβάνει σχῆμα κυλινδροειδές.

Ὁ βολβὸς τοῦ δωδεκαδακτύλου εἶναι συμμετρικὸς πρὸς τὸν πυλωρόν, με τὸξα ὀμαλά, λεία, κυρτά καὶ με βάσιν κοίλην. Αἱ δύο

αυτοῦ γωνίαι, ἡ ἔσω καὶ κάτω καὶ ἔξω καὶ κάτω, ἔχουν ἀσθενῆ μυϊκὰ τοιχώματα καὶ ὡς ἐκ τούτου ὁσάκις ὑπάρχει ἐν ἐμπόδιον, ὄπερ δυσχεραίνει τὴν ἐλευθέραν διόδον τῶν τροφῶν καὶ ὑγρῶν, ταῦτα διατείνονται καὶ δημιουργοῦν οὕτω μίαν χαρακτηριστικὴν εἰκόνα ὅπως τὸ γόνυ ἢ recessus τοῦ Cole.

Ὁ βολβὸς συνεχίζεται μὲ τὴν κατιοῦσαν μοῖραν τοῦ δωδεκαδακτύλου διὰ μιᾶς γωνίας (ἄνω γόνυ), τῆς ὁποίας ὁ βλεννογόνος ὡς καὶ τὰ τόξα εἶναι συνήθως ἀνώμαλα, ἐξ οὗ καὶ τὰ συχνὰ διαγνωστικὰ λάθη παρὰ τὴν μοῖραν ταύτην, ὅποτε μία φυσιολογικῶς ἐκτεῖ εὐρισκομένη φουσαλὶς ἀέρος χαρακτηρίζεται ὡς ἔλκος. Ἡ διάβασις τοῦ βαριούχου πόλτου διὰ τοῦ δωδεκαδακτύλου εἶναι ταχεῖα καὶ διαλείπουσα. Ὡς ἐκ τούτου σπανίως τὸ δωδεκαδάκτυλον εἶναι κενὸν κατὰ τὴν ἀρχικὴν ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν. Συνήθως τὸ βαριούχον γεῦμα παραμένει ἐντὸς τοῦ βολβοῦ ὀλίγα μόνον δευτερόλεπτα. Τὸ ἐσωτερικὸν τῆς πρώτης μοίρας τοῦ δωδεκαδακτύλου παρουσιάζει φυσιολογικῶς 4-6 ἐπιμήκεις, ἀβαθεῖς πτυχάς, αἵτινες ἐνίοτε παρατηροῦνται διερχόμεναι ἐντὸς τῆς κατιούσης μοίρας. Αἱ πτυχαι αὗται παρατηροῦνται κυρίως κατὰ τὴν ἐκκένωσιν τοῦ βολβοῦ ἢ κατόπιν ἐλαφρᾶς πιέσεως. Αἱ ἐπιμήκεις αὗται πτυχαι εἶναι καὶ αἱ μόναι αἵτινες ἀποκαλύπτονται ἀκτινολογικῶς. Φυσιολογικῶς δὲν ὑπάρχουν ἐγκάρσιαι πτυχαι ἐντὸς τοῦ βολβοῦ. Ἐπίσης διαφέρει τοῦ ὑπολοίπου δωδεκαδακτύλου ἐκ τοῦ ὅτι δὲν ἔχει τὰς ἐγκαρσίους κυκλοτερεῖς πτυχάς, γνωστὰς ὡς πτυχάς ἢ βαλβίδας τοῦ Kerkring, αἵτινες παρατηροῦνται εἰς τὰς ἄλλας μοίρας τοῦ δωδεκαδακτύλου.

Β' Ο ΕΛΚΩΔΗΣ ΒΟΛΒΟΣ

Διὰ τὴν διάγνωσιν ἐνὸς ἔλκους τοῦ βολβοῦ τοῦ δωδεκαδακτύλου ἔχομεν τὰ κύρια ἢ ἄμεσα σημεῖα καὶ τὰ δευτερεύοντα ἢ ἔμμεσα.

Κύρια σημεῖα: Ἡ φωλεά. Ἡ ἐξέλκωσις, ὑποσκάπτουσα μερικῶς τὸν βλεννογόνον τοῦ βολβοῦ, δημιουργεῖ μίαν κοιλότητα. Ἡ μικρὰ αὕτη κοιλότης πληροῦται ἀπὸ τὸν βαριούχον πόλτον: ἢ οὕτω πῶς σχηματισθεῖσα ἀκτινολογικῆ κηλὶς εἶναι ἡ φωλεὰ (niche), παθογνωμονικὸν σημεῖον τοῦ ἔλκους.

Ἡ κυριώτερα καὶ ἡ πλέον χαρακτηριστικὴ εἰκὼν τοῦ δωδεκαδακτυλικῶ ἔλκους εἶναι ἡ φωλεὰ ἐπιφανείας. Ἡ διαγνωστικὴ ἀξία τῆς φωλεᾶς ταύτης δὲν εἶχεν ἐκτιμηθῆ δεόντως καὶ τοῦτο, διότι παλαιότερον ἐπεκράτει ἡ ἀντίληψις τῆς τελείας πληρώσεως τοῦ βολ-

βοῦ κατὰ τὴν ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν. Καὶ αὐτὸς ὁ Akerlund, ὅστις πρῶτος τὴν περιέγραψεν, ὑπετίμησε τὴν σημασίαν τῆς, θεωρήσας ταύτην ὡς σπανίαν. Τὴν μεγίστην σπουδαιότητα καὶ συχνότητά τῆς ὑπεγράμμισεν ἀπὸ πολλῶν ἐτῶν καὶ εἰς σειρὰν ἐργασιῶν τοῦ ὁ R.A. Guimann. Περίληψιν τῶν ἐργασιῶν αὐτῶν ἀποτελεῖ καὶ ἡ κατωτέρω περιγραφὴ τῆς ἀκτινολογικῆς εἰκόνας τοῦ δωδεκαδακτυλικοῦ ἔλκουσ.

Ἡ φωλεὰ ἀπαντᾶται συχνότερον ἐπὶ τῆς ἐπιφανείας τοῦ βολβοῦ εἴτε τῆς προσθίας εἴτε τῆς ὀπισθίας. Ἡ ἐπιφάνεια αὕτη ἀναλόγως τῶν περιπτώσεων καὶ κυρίως ἐάν ἡ βλάβη εἶναι πρόσφατος ἢ παλαιά, ἐμφανίζεται φυσιολογικὴ ἢ ἀνώμαλος.

Εἰς τὰς περιπτώσεις προσφάτου ἔλκουσ, τὰς ὁποίας καὶ θὰ περιγράψωμεν πρῶτας, θὰ παρατηρήσωμεν μίαν εἰκόνα ἐν εἴδει ἐθνοσῆμου, ὀφειλομένην εἰς τὴν φωλεὰν καὶ τὴν ἐξ οἰδήματος ἄλλω, ἐνῶ ὅταν ὁ βολβὸς ἔχη ὑποστῆ τὰς διαφόρους καὶ ποικίλας παραμορφώσεις ἐν εἴδει τριφυλλίου, κοραλλίου κ.λ.π., ἡ φωλεὰ συγχέεται μὲ τὰς παραμορφώσεις αὐτὰς ἀποτελοῦσα τὸ κεντρικόν των σημείον.

1ον. Ὅταν ὁ βολβὸς οὐδεμίαν ἔχη ὑποστῆ παραμόρφωσιν καὶ διατηρῆ ἐπομένως τὸ φυσιολογικόν του σχῆμα, ἡ φωλεὰ ἐμφανίζεται ὡς κηλὶς περιβαλλομένη ἀπὸ μίαν ἐξοίδησιν τοῦ βλεννογόνου, ἥτις, προέχουσα εἰς τὸ σημεῖον αὐτό, ἐμποδίζει τὴν εἴσοδον τοῦ βαριούχου πόλτου. Εἰς τὰς ἀκτινογραφίας θὰ ἐμφανισθῆ ὡς μία ὁμοιογενῆς, κυκλικὴ σκιά περιβαλλομένη ἀπὸ μίαν ζώνην μικροτέρας σκιάσεως, γνωστῆς ὡς οἰδηματώδους ἄλλω, ὡς τὴν ἀπεκάλεσεν ὁ Guimann ἢ ring-wall κατὰ τὸν Berg.

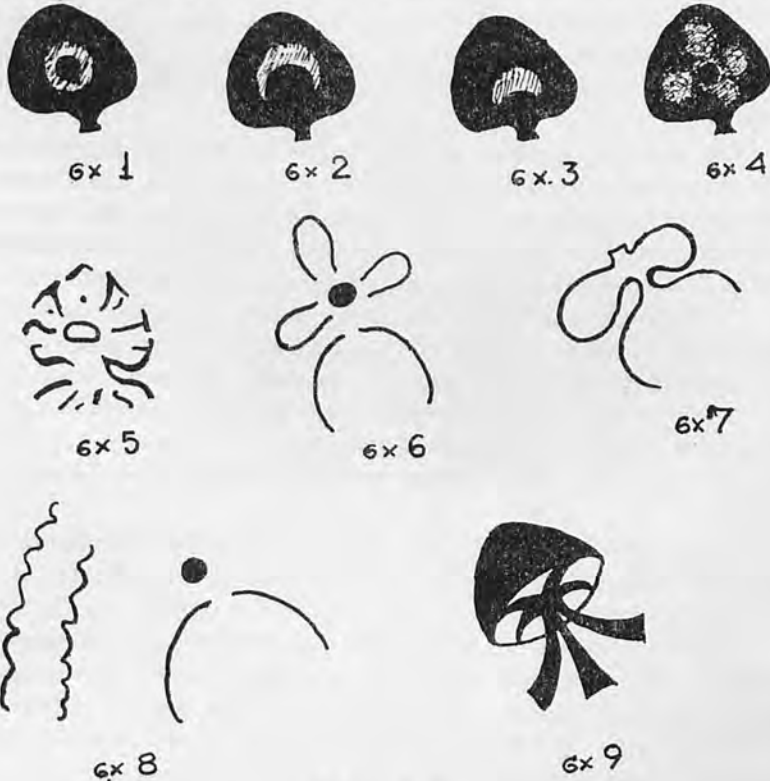
Εἰς τὰ σχήματα καὶ τὰς ἀκτινογραφίας τὰς ὁποίας παραθέτομεν θὰ παρατηρήσωμεν τὰ ἐξῆς : ἡ ἄλλως αὕτη περιβάλλει τελείως τὴν φωλεὰν (πίναξ Γ', σχ. 1), ἢ κατὰ τὸ ἥμισυ τῆς περιφέρειας τῆς (σχ. 2) ἢ κατὰ τὰ 3/4, ἐνῶ ἡ ὑπόλοιπος φωλεὰ συγχέεται μὲ τὴν σκιάν τοῦ ὑπὸ τοῦ βαριούχου πόλτου πληρωθέντος βολβοῦ (σχ. 3).

2ον. Τὴν ἄνω χαρακτηριστικὴν εἰκόνα θὰ παρατηρήσωμεν εἰς τὰς περιπτώσεις ἐκείνας, καθ' ἃς ὁ βολβὸς οὐδεμίαν ἔχει ὑποστῆ παραμόρφωσιν, πλὴν τοῦ περὶ τὴν φωλεὰν οἰδήματος. Ἐάν ὅμως αἱ παραμορφώσεις ἐπεκταθοῦν, ἡ εἰκὼν παύει ἀπὸ τοῦ νὰ εἶναι τόσο ἀπλῆ.

Ὅταν ὁ βλεννογόνος ἀπολέσῃ τὴν ἐλαστικότητά του καὶ διογκωθῆ, τότε πτυχούται (σχ. 4). Ἡ οἰδηματώδης ἄλλως ἢ περιβάλλουσα τὸ ἔλκος διασπᾶται εἰς περισσότερα τμήματα, τὰ ὁποῖα χωρίζονται ἀλλήλων ἀπὸ ἄλλα ἐξοιδημένα, ἅτινα σχηματίζουν ἀλλοκας. Τοιοῦτοτρόπως ἡ συνεχῆς ἄλλως, ὅπως τοῦ σχήματος 1, γίνεται

άνώμαλος καὶ διακεκομμένη. Ἀκτινολογικῶς θὰ ἔχωμεν ὠρισμένες ἀνοικτοῦ χρώματος κηλίδας χωριζομένες ἀλλήλων ὑπὸ πτυχῶν πεπληρωμένων ὑπὸ βαριούχου πόλτου, τὸ σύνολον ὁμως τῶν ὁποίων ἀπομονώνει τὴν κεντρικὴν σκιερὰν κηλίδα τῆς φωλεᾶς.

Ὅταν αἱ μεταξὺ τῶν ἐξειδημένων αὐτῶν τμημάτων αὐλακες εἶναι λεπταί, γραμμοειδεῖς, ὀφειλόμεναι εἰς λεπτὰς ἴνας, αἵτινες ρυ-



Πίναξ Γ'

τιδώνουν τὸν βλεννογόνον, θὰ ἔχωμεν τὸ τόσο συχνόν καὶ τυπικόν ἀστεροειδές σχῆμα (σχ. 5).

Ἡ εἰκὼν αὕτη μὲ τὰς πρὸς τὴν κεντρικὴν φωλεὰν κατευθυνομένης πτυχᾶς δὲν ἐρμηνεύει, ὡς ἐνομιζέτο ἄλλοτε, ἐπούλωσιν τοῦ ἔλκουσ, ἀλλὰ τὴν πτύχωσιν τοῦ οἰδηματώδους βλεννογόνου. Ἐὰν π.χ. πιέσωμεν εἴτε διὰ τοῦ δακτύλου μας εἴτε διὰ μιᾶς ράβδου καθέτως ἓνα προσκεφάλαιον, θὰ δημιουργήσωμεν μίαν κεντρικὴν κοι-

λόγηση, πρὸς τὴν ὁποίαν θὰ κατευθύνωνται αἱ πτυχαὶ τὰς ὁποίας προὔκαλεσεν ἡ πίεσις αὕτη. Ἐὰν ἐν συνεχείᾳ ρίψωμεν μίαν ποσότητα βαριούχου πόλτου εἰς τὸ προσκεφάλαιον αὐτό, θὰ ἴδωμεν νὰ πληροῦνται ἡ κεντρικὴ κοιλότης καὶ αἱ μεταξύ τῶν πτυχῶν σχηματισθεῖσαι αὐλακες. Ἐὰν φωτογραφηθῇ τὸ προσκεφάλαιον αὐτό, θὰ ἔχωμεν μόνον τὴν κοιλότητα καὶ τὰς πρὸς αὐτὴν κατευθυνομένας αὐλακας, ὡς ἐὰν τὸ ὑπόλοιπον τμῆμα νὰ ἐλλείπῃ. Τὸ αὐτὸ συμβαίνει καὶ μὲ τὰ ἔλκη τοῦ βολβοῦ καί, ὡς θὰ ἴδωμεν, αἱ διάφοροι παραμορφώσεις του δὲν ὀφείλονται ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον παρά εἰς τὸ οἶδημα, τὸ ὁποῖον μὴ πληρούμενον βαριούχου πόλτου δὲν ἀποτυπῶνται εἰς τὰς ἀκτινογραφίας.

Εἰς ὅλας τὰς ὡς ἄνω περιπτώσεις τὰ τόξα τοῦ βολβοῦ διατηροῦν τὸ φυσιολογικὸν τῶν σχῆμα καὶ τὸ μόνον ὑπὲρ τοῦ ἔλκουσ σημεῖον εἶναι ἡ φωλεὰ. Ἡ κλασσικὴ ἐπομένως ἀντίληψις, ὅτι ἐπὶ πεπληρωμένου βολβοῦ ἡ ἀκεραιότης τῶν τόξων ἐπιτρέπει τὴν διαβεβαίωσιν, ὅτι οὗτος εἶναι φυσιολογικός, ἀποδεικνύεται ἀνακριβής.

3ον. Οἰονδήποτε σχῆμα καὶ ἂν προσλάβῃ ὁ βολβός, ἡ φωλεὰ ἐπιφανείας διακρίνεται σχεδὸν πάντοτε. Σπανίως θ' ἀντικατασταθῇ ἀπὸ μίαν ὠσειδῆ ἢ στρογγύλην ψευδοπολυποδῶδη ἔλλειψιν, ὀφειλομένην εἰς τὸ οἶδημα καὶ ἀποκαλυπτομένην διὰ πίεσεως. Συνήθως ἡ φωλεὰ, ἀκόμη καὶ ἀπομεμονωμένη ἐν μέσῳ οἰδήματος, σπασμῶν, ὀργανικῶν παραμορφώσεων, ἀνευρίσκεται καὶ ὑπογράφει τὴν ὑπαρξιν τοῦ ἔλκουσ.

Οὕτως ἀνευρίσκεται εἰς τὸ κέντρον τοῦ παραμεμορφωμένου βολβοῦ, τοῦ γνωστοῦ ὡς τριφυλλοειδοῦς (σχ. 6), εἰς δὲ τοὺς διατεταμένους βολβούς θ' ἀναζητηθῇ μᾶλλον ὑψηλά (σχ. 7).

4ον. Τὰ πλεῖστα τῶν ἐλκῶν εἶναι μικροῦ μεγέθους καὶ ἀβαθῆ, δυνάμενα ὅμως νὰ προκαλέσουν παραμόρφωσιν δυσανάλογον πρὸς τὸ μέγεθός των. Τὸ μέγεθος μιᾶς φωλεᾶς ποικίλλει ἀπὸ 2 — 15 χιλ. μὲ μέσσην διάμετρον 4 χιλ. Φωλεαὶ διαμέτρου 1 ἐκ. εἶναι σπάνιαι, μεγάλα δὲ ἢ γιγαντιαῖα ἔλκη εἶναι ἀσυνήθη, καὶ ὡς ἐκ τούτου δὲν διαγιγνώσκονται. Ἀναφέρονται περιπτώσεις γιγαντιαίων ἐλκῶν διαμέτρου 3 — 10 ἐκ. Ἀκτινολογικῶς ἡ γιγαντιαία αὕτη φωλεὰ χαρακτηρίζεται ἀπὸ ἀπότομον πλήρωσιν τοῦ κρατήρος, ἀπὸ ἄκαμπτα τοιχώματα, ἀπὸ μὴ ἀλλοιούμενον σχῆμα, ἀπὸ ἀπουσίαν βλεννογονίου ἐκμαγεῖου καὶ ἀπὸ στένωσιν τοῦ δωδεκαδακτύλου πέραν τῆς φωλεᾶς, λόγῳ σπασμοῦ ἢ ἐπουλώσεως.

Εἰς τινὰς περιπτώσεις, καὶ ὁσάκις ὁ βολβός λόγῳ καθολικοῦ οἰδήματος εἰς οὐδεμίαν ἀκτινογραφίαν ἀπεικονίζεται, ἡ φωλεὰ διακρίνεται μεταξὺ πυλωροῦ καὶ ἄνω γόνατος, μόνη αὕτη ὡς μία με-

γάλη κηλίσ, ούτως ὥστε νά ἐκλαμβάνεται ὡς φυσιολογικός βολβός (σχ. 8).

Εἶναι ἐπίσης δυνατόν ἀντί τῆς μιᾶς φωλεᾶς ν' ἀνευρεθοῦν δύο ἢ καί τρεῖς. Συνήθως πρόκειται περὶ δύο συμμετρικῶν φωλεῶν, μιᾶς ἐπὶ ἐκάστης ἐπιφανείας τοῦ βολβοῦ. Εἶναι τὰ γνωστά ὡς Kissing-ulcers (φιλούμενα ἔλκη) τοῦ Μογνίσην. Συνηθέστερον ὅμως παρατηρεῖται εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς μία τυπικὴ μεγάλη φωλεὰ καὶ ἄλλαι μικρότεραι ἐπιπολῆς.

Ἡ διάγνωσις μιᾶς φωλεᾶς ἐπιφανείας δὲν παρουσιάζει ἀνυπερβλήτους δυσχερείας. Διαπράττεται ὅμως καθημερινῶς τὸ ἐξῆς, κλασσικόν, οὔτως εἰπεῖν, λάθος: ἐκλαμβάνεται ὡς φωλεὰ ἢ προβολὴ τοῦ πυλωροῦ ἐπὶ τοῦ βολβοῦ. Ἐάν ὁ βολβός ἀκτινογραφηθῇ ἐκ τῶν κάτω πρὸς τὰ ἄνω, ἢ καὶ λόγῳ θέσεως ἐνίοτε, θὰ ἴδωμεν νά διαγράφεται ἐπὶ τοῦ κώνου τὸν ὁποῖον σχηματίζει μία ἀνοικτοῦ χρώματος περιοχὴ, ἢ προβολὴ τῆς βάσεως του. Εἰς τὸ κέντρον τῆς βάσεως τοῦ βολβοῦ προβάλλεται ὁ πυλωρός. Δημιουργεῖται οὕτω μία σκιερὰ κηλίσ, ἣτις περιβάλλεται ἀπὸ μίαν ζώνην ἀνοικτοῦ χρώματος ὑποδυομένη τὴν φωλεάν ἔλκος, ἰδίως ὅταν ἀπεικονίζονται καὶ αἱ φυσιολογικαὶ ἀκτινοειδεῖς πτυχαὶ τῆς βάσεως τοῦ βολβοῦ, ὁπότε ἔχομεν τὸ σχῆμα ὀμβρέλλας (σχ. 9).

Εἰς ὅλας ὅμως αὐτάς τὰς περιπτώσεις δέον ν' ἀποκλεισῶμεν τὴν τυχόν ὑπαρξιν μιᾶς κήλης τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου ἐντὸς τοῦ βολβοῦ, καὶ ἣτις κήλη, οὐχὶ τόσον σπανία, δυνατόν νά δώσῃ ἀνάλογον ἀκτινολογικὴν εἰκόνα. Ἡ διαφορικὴ διάγνωσις θὰ γίνῃ χάρις εἰς τὰς ἐν σειρᾷ καὶ εἰς διαφόρους θέσεις ληφθησομένας ἀκτινογραφίας.

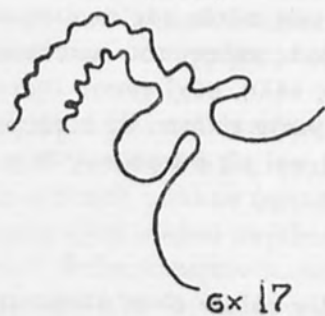
*

* *

Ἡ φωλεὰ τῶν τόξων εἶναι ὀλιγώτερον συχνὴ ἀπὸ τὴν τῶν ἐπιφανειῶν. Συνήθως μία κοινὴ παραμόρφωσις τοῦ τόξου (Πίναξ Δ', σχ. 10) ἐκλαμβάνεται ὡς φωλεὰ, ἐνῶ αὕτη ἐν τῇ πραγματικότητι εἶναι κεντρικὴ.

Ἄλλοτε πάλιν ἢ δῆθεν παραμόρφωσις τοῦ βολβοῦ δὲν εἶναι παρὰ αὐτῇ ἢ φωλεὰ εὐρίσκομένη εἰς τὸ κέντρον τούτου (σχ. 11). Δίδει ὅμως τὴν ἐντύπωσιν ὅτι εὐρίσκεται παρὰ τὸ τόξον, διότι ἡ ὑπερθεν τοῦ ἔλκος μοῖρα τοῦ βολβοῦ, λόγῳ τοῦ οἰδήματος, ἢ δὲν διαγράφεται ἢ ἔχει ἀτελῶς πληρωθῆ ὑπὸ τοῦ βαριούχου πόλτου.

Ἐάν ὁ ἄρρωστος ἀκτινογραφηθῇ εἰς πλαγίαν θέσιν, θὰ ἔχωμεν καὶ πάλιν τὴν ἐντύπωσιν, ὅτι πρόκειται περὶ φωλεᾶς τόξου, ἐνῶ αὕτη εἶναι κεντρικὴ. Παρατηρουμένη ὅμως ἐκ τῶν πλαγίων θὰ ἐμφα-



νισθη ὡς φωλεά τόξου, ὅπως τὴν αὐτὴν ἐντύπωσιν θὰ μᾶς δώσῃ π.χ. ἡ φωτογράφησις ἐνὸς τροχοῦ μὲ τὰς ἀκτῖνας του κατευθυνομένης πρὸς τὸν κεντρικὸν ἄξονα. Παρατηρούμενος ἐκ τῶν πλαγίων ὁ ἄξων αὐτός θὰ προβάλλῃ ἐπὶ τῆς περιφερείας τοῦ τροχοῦ, ἂν καὶ εἶναι ἀναμφισβητήτως κεντρικός.

Ἐπὶ τῶν ὅμως καὶ φωλεαῖ ἐδραζόμεναι ἐπὶ τοῦ ἐλάχιστου παραμορφωμένου τόξου τοῦ βολβοῦ, ἂν καὶ ἡ ἐντόπισις αὕτη εἶναι σπανιωτάτη. Ἡ γνησίᾳ φωλεᾷ τοῦ τόξου διακρίνεται ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ἐκ τῶν πλαγίων, διότι ὁ βολβὸς ἔχει ὑποστῆ σκληρυντικᾶς ἀλλοιώσεις, καὶ ἐνῶ ἀνατομικῶς ἡ φωλεὰ καταλαμβάνει τὸ κέντρον τοῦ βολβοῦ, λόγῳ τῆς ἐπελθούσης συρρικνώσεως δὲν διακρίνεται ἢ ὑπερθεῖν μοῖρα τοῦ βολβοῦ καὶ ἔχομεν οὕτω τὴν ἐντύπωσιν μιᾶς φωλεᾶς τόξου. Αἱ περισσότεροι τῶν φωλεῶν αὐτῶν ἐρμηνεύουν παλαιὰς ἀλλοιώσεις μὲ χρονίαν ὀργανικὴν καὶ ὀριστικὴν περιελακτωτικὴν παραμόρφωσιν. Ἡ διαπίστωσις ἐπομένως μιᾶς τοιαύτης φωλεᾶς ἐνέχει προγνωστικὴν σημασίαν. Τὸ μέγεθος καὶ σχῆμα τῆς φωλεᾶς τῶν τόξων ποικίλλουν: μικροσκοπικὴ, μικρά, μέσου μεγέθους, γιγαντιαία. Προσλαμβάνει συνήθως σχῆμα στρογγύλον ἢ ὠοειδές. Ἐπὶ τοῦ τόξου τοῦ βολβοῦ ὁμοιάζει μὲ ἡμισφαιρικὴν προβολὴν (σχ. 12), ἢ ἀνευρίσκειται μεταξὺ δύο, λόγῳ σπασμοῦ, ἐντομῶν. Παρατηρεῖται περισσότερον ἐπὶ τοῦ ἐλάσσονος τόξου τοῦ βολβοῦ καὶ ἐξαιρετικῶς σπανίως ἐπὶ τοῦ τόξου τῆς βάσεως, ὅποτε θὰ πρέπη νὰ διαχωρισθῇ ἐνὸς ἔλκουσ τοῦ πυλωροῦ ἢ ἐνὸς ἐκκολλώματος.

Εἰς παραμορφωμένους καὶ σκληρυντικούς βολβοὺς ἔχουν περιγραφῆ ὑπὸ τοῦ Hart εἰκόνες προσλαμβάνουσαι τοὺς χαρακτήρας μιᾶς φωλεᾶς καὶ ὀφειλόμεναι οὐχὶ εἰς κρστήρα ἔλκουσ, ἀλλὰ εἰς στρογγύλον ὑπόλειμμα ὀφειλόμενον εἰς κατάχωσιν τοῦ τοιχώματος λόγῳ ἐπουλωτικῆς ἐπεξεργασίας. Δημιουργεῖται οὕτως ὁ λεγόμενος «θύλαξ τοῦ Hart», ἀποτυπούμενος ἀκτινολογικῶς ὡς μία μεγάλη φωλεὰ, ἣτις παραμένει μονίμως, παρά τὴν κλινικὴν ἴασιν, προκαλοῦσα τοιοῦτοτρόπως σύγχυσιν ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἐπούλωσιν ἢ μὴ τοῦ πραγματικοῦ ἔλκουσ.

Ὅπως εἶπομεν καὶ προηγουμένως, τὸ κύριον καὶ παθογνωμονικὸν σημεῖον ἐνὸς ἔλκουσ τοῦ βολβοῦ εἶναι ἡ φωλεὰ, διὰ τὴν ἀποκάλυψιν τῆς ὁποίας ἐνίοτε εἴμεθα ὑποχρεωμένοι νὰ χρησιμοποιήσωμεν εἴτε μίαν ἐλαφρὰν πίεσιν, εἴτε τὴν φαρμακοακτινοδιαγνωστικὴν μέθοδον, πολλάκις δὲ συνδυάζομεν καὶ τὰς δύο.

Ἡ φωλεὰ ὅμως δὲν εἶναι καὶ ἡ μόνη ἀνώμαλος εἰκὼν. Εἰς τὰ παλαιὰ ἔλκη, λόγῳ τῶν ἐπανειλημμένων προσβολῶν, ὁ βολβὸς ὕφι-

σταται ποικίλας παραμορφώσεις, τὰς ὁποίας θέλομεν περιληπτικῶς περιγράψει.

Οὕτω παρατηρεῖται ἐνίοτε *σμίικρυνοις* τοῦ βολβοῦ (σχ. 13). Ἡ τοπικὴ βλάβη ἔλκει πρὸς αὐτὴν τὸ ὑπερθεν τμήμα τοῦ βολβοῦ καὶ παραμένει ἀνέπαφον μόνον τὸ κατώτερον τμήμα, μὲ μιαν διάτασιν τῆς κάτω γωνίας τοῦ Cole. Ἐχομεν τότε τὸ σχῆμα ἐν εἶδει *μ ε ξ ι κ α ν ι κ ο ὕ π ι λ ο ὕ*.

Ἄλλοτε ἔχομεν *συρρίκνωσιν* μεγάλου βαθμοῦ ὀλοκλήρου τοῦ βολβοῦ, ὅποτε παραμένει μία μικρὰ μόνον δίοδος καὶ μία σαφὴς *φωλεὰ ἔλκος*. Ἡ τοιαύτη παραμόρφωσις ἐκλήθη ὑπὸ τοῦ Freud *φθίσις τοῦ δωδεκαδακτύλου* (σχ. 14).

Ἄλλαι παραμορφώσεις ὀφείλονται εἰς ἐντομάς ἐπὶ φυσιολογικοῦ σχήματος βολβοῦ ἢ παραμορφωμένου λόγῳ ἔλκος. Συνήθως ἡ ἐντομὴ κατευθύνεται πρὸς τὴν κεντρικὴν *φωλεάν* (σχ. 15). Ὅταν αἱ ἐντομαὶ εἶναι πολλαί, δημιουργοῦν τὴν *τριφυλλιοειδῆ* παραμόρφωσιν (σχ. 16).

Ἄρκετὰ συχνὰ δημιουργοῦνται εἰκόνες *ψευδοεκκολπώματος*, διδουσαι χαρακτηριστικὴν ὄψιν εἰς τὸν βολβόν. Λόγῳ τῶν ἀσθενῶν *μυϊκῶν τοιχωμάτων* τῆς κάτω γωνίας τοῦ βολβοῦ προκαλεῖται μία διάτασις *μετρίου ἢ μεγάλου βαθμοῦ*, *παροδικῆ ἀρχικῶς*, *μονιμοποιουμένη* σὺν τῷ χρόνῳ, *σχηματίζουσα* οὕτως ἕνα γνήσιον *θύλακα*. Ὑπὸ τὴν ἐπίδρασιν ὅμως τῶν *περισταλτικῶν κινήσεων* τοῦ βολβοῦ εἶναι δυνατὸν νὰ δημιουργηθοῦν *πολλαπλᾶ ψευδοεκκολπώματα*, τὰ ὁποῖα ἀποτυποῦνται ἐπὶ τῶν ἀκτινογραφιῶν, *χωρὶς ὅμως* νὰ εἶναι καὶ *μόνιμα* (σχ. 17).

Γενικῶς αἱ παραμορφώσεις αὗται ὀφείλονται εἰς λειτουργικὰς διαταραχάς, εἰς *δευτεροπαθεῖς ὀργανικὰς ἀλλοιώσεις* ὀφειλομένας εἰς *φλεγμονήν, οἴδημα κλπ.* καὶ εἰς *ὀργανικὰς ἀλλοιώσεις*, ὅπως *φωλεὰ ἔλκος, ἔλξις* καὶ *ἐλκώδης συρρίκνωσις*, *σχηματισμὸς οὐλῆς*, *συμφύσεις κ.λ.π.* Παρουσίᾳ τοιούτων παραμορφώσεων δεόν πάντοτε ν' ἀναζητῶμεν τὴν ὑπαρξίν τῆς *φωλεᾶς*, ἀλλὰ καὶ ἀπουσίᾳ ταύτης αἱ ἄνω παραμορφώσεις *συμβάλλουν* τὰ μέγιστα εἰς τὴν *διάγνωσιν* ἐνὸς ἔλκος τοῦ βολβοῦ τοῦ *δωδεκαδακτύλου*.

Δευτερεύοντα σημεῖα. Ταῦτα δὲν ἔχουν τὴν *διαγνωστικὴν ἀξίαν* τῶν προηγουμένως περιγραφέντων καὶ δὲν *δυνάμεθα* νὰ *βασισθῶμεν* μόνον εἰς αὐτά, τὰ ὁποῖα θεωροῦμεν *δευτερευούσης σημασίας*.

Οὕτως ὑπάρχουν ὠρισμένοι *διαταραχαί, ἀφορῶσαι* τὴν *ἐκκένωσιν* τοῦ βολβοῦ. Οὗτος *συγκρατεῖ* τὸν *βαριοῦχον πόλτον* ἐπὶ 10-60 *λεπτὰ* τῆς ὥρας, *ἐμφανιζόμενος* πάντοτε *πεπληρωμένος* εἰς

θλας τὰς ἀκτινογραφίας. Τὸ γεγονός αὐτὸ ἐρμηνεύει τὴν ἀπώλειαν τῆς ἐλαστικότητος τῶν τοιχωμάτων του, ὀφειλομένην εἰς φλεγμονώδη διήθησιν, εἰς περιδωδεκαδακτυλίτιδα, ἀκόμη καὶ εἰς δωδεκαδακτυλίτιδα. Σπανιώτατα τὸ φαινόμενον αὐτὸ ὀφείλεται εἰς μίαν ἀχλωρυδρίαν ἢ εἰς μίαν νευρικήν ἐπίδρασιν. Παρουσία ἐνὸς τοιούτου «μονίμου βολβοῦ» θὰ χρησιμοποίησωμεν, διὰ τὴν ἀποκάλυψιν τοῦ ἔλκους, τὴν ἐλαφρὰν πίεσιν καὶ ἐν ἀνάγκῃ τὴν φαρμακοακτινολογίαν.

Κατὰ τὴν διάρκειαν ἐπωδύνου τινὸς περιόδου δυνατόν νὰ παρατηρηθῇ μεγάλη αὐξήσις τοῦ μεγέθους τοῦ βολβοῦ, ὅστις λαμβάνει σχῆμα στρογγύλον μὲ τὴν φωλεάν εἰς τὸ κέντρον. Κατὰ τὴν περίοδον τῆς ἡρεμίας ὁ μεγαβολβὸς οὗτος σμικρύνεται καὶ ἐπανευρίσκει τὸ φυσιολογικόν του σχῆμα καὶ μέγεθος. Τὸ φαινόμενον τοῦτο ὀφείλεται εἰς φλεγμονώδη διήθησιν τοῦ βολβοῦ μὲ βαθμὸν τινα παρέσεως τοῦ τοιχώματος, ἣτις ἐπιτρέπει τὴν διάτασίν του.

Πλέον συχνὰ παρατηρεῖται τὸ ἀντίθετον φαινόμενον, ἣτοι τῆς **Τ Α Χ Ε Ι Α Σ Ἐ Κ Κ Ε Ν Ὠ Σ Ε Ω Σ** τοῦ βολβοῦ. Οὕτω κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς ἀκτινολογικῆς ἐξετάσεως θὰ παρατηρήσωμεν, ὅτι ὁ βολβὸς δὲν συγκρατεῖ τὸν βαριούχον πόλτον, ὅστις διαρρέει ἐντὸς τοῦ δωδεκαδακτύλου. Τὸ φαινόμενον τοῦτο δύναται νὰ συγκριθῇ μὲ τὸ ἀνάλογον ὅπερ παρατηρεῖται εἰς μίαν φλεγμαίνουσαν οὐροδόχον κύστιν, ἣτις σπεύδει ν' ἀπαλλαγῇ καὶ τῆς ἐλαχίστης ἐν αὐτῇ συγκεντρουμένης ποσότητος οὔρων, ὅποτε ἔχομεν τὴν συχνουρίαν.

Ἡ ταχεῖα αὕτη κένωσις ὀφείλεται εἰς ἐρεθισμόν τοῦ βολβοῦ, εἴτε λόγῳ ἔλκους εἴτε ὁμῶς καὶ λόγῳ ἄλλων αἰτίων, ὅπως λ.χ. εἰς χολοκυστίτιδα, δωδεκαδακτυλίτιδα, εἰς παράσιτα, εἰς ἐρεθισμόν τῶν πνευμονογαστρικῶν κ.ο.κ.

Κατὰ μίαν ἀκτινοσκοπικὴν ἐξέτασιν, οἱ ἀκτινολόγοι ἀναζητοῦν καὶ ἀποδίδουν μεγίστην σημασίαν εἰς τὴν ἀνεύρεσιν κατόπιν πίεσεως ἐνὸς ἐπωδύνου σημείου κατὰ τὸν βολβόν. Τὸ ἐπώδυνον αὐτὸ σημεῖον ἐνέχει σχετικὴν σημασίαν καὶ δὲν δύναται νὰ θεωρηθῇ ὡς ἐρμηνεύον τὴν ὑπαρξιν ἐνὸς ἔλκους, δεδομένου ὅτι δυνατόν νὰ ὀφείλεται καὶ εἰς μίαν χολοκυστίτιδα, εἰς περιδωδεκαδακτυλίτιδα, εἰς φλεγμονὴν τοῦ περιτοναίου, εἰς ἓνα ἐρεθισμόν τοῦ νευρικοῦ πλέγματος, ἀλλὰ καὶ εἰς μίαν εἰδικὴν φλεγμονὴν, ὅπως κυτταρίτιδα κ.λ.π.

Ἐκτὸς τῶν ἄνω περιγραφέντων δευτερευόντων σημείων ἐκ τοῦ βολβοῦ, ἔχομεν καὶ ὠρισμένα **Δ Ε Υ Τ Ε Ρ Ε Υ Ο Ν Τ Α Σ Η Μ Ε Ι Α Ἐ Κ Τ Ο Ὑ Σ Τ Ο Μ Α Χ Ο Ὑ**.

1) Ὑπερπερισταλισμὸς τοῦ στομάχου: Παρατηρεῖται ἄρκετὰ πρόωρος, προκαλὼν βαθεῖας ἐντομάς, αἰτινες χωρίζουν τὸν στόμα-

χον εις πολλαπλᾶς σφαίρας. Ἡ σύσπασις δυνατὸν νὰ εἶναι τόσον βαθεῖα, ὥστε νὰ ἐμφανίζεται ὡς ἔντομή. Παρατηρεῖται περίπου εἰς τὰ 50% τῶν περιπτώσεων.

2) Ταχεῖα κένωσις τοῦ στομάχου : Λόγῳ τῆς ὑπερκινησίας ὁ στόμαχος κενοῦται ταχύτατα, σημειοῦται δὲ καὶ μερική πυλωρική ἀκράτεια. Ἡ διάβασις τοῦ γαστρικοῦ περιεχομένου ἐξακολουθεῖ ἐνίοτε νὰ εἶναι ταχεῖα καὶ εἰς τὸ ἔντερον, μὲ ἀποτέλεσμα συχνὰς διαρροϊκὰς κενώσεις. Δέον ὅμως νὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν, ὅτι μία τοιαύτη ταχεῖα κένωσις τοῦ στομάχου παρατηρεῖται καὶ εἰς περιπτώσεις ἀχυλίας, μηχανικῆς πυλωρικῆς ἀνεπαρκείας λόγῳ νεοπλάσματος, ὅπου ὅμως δὲν ὑπάρχει ὑπερπερισταλτικότης.

3) Ὑπερτονικότης τοῦ στομάχου : Ἀνευρίσκεται εἰς τὰς πλείστας τῶν περιπτώσεων, ἢ αὐξήσις δὲ τοῦ τόνου τοῦ στομάχου ὀφείλεται εἰς καθολικὸν ἐρεθισμὸν τῶν μυϊκῶν τοιχωμάτων του.

4) Ὑπερέκκρισις μεθ' ὑπερχλωρυδρίας εἶναι συνήθης εἰς τὰ δωδεκαδακτυλικά ἔλκη, οὐχὶ ὅμως καὶ παθογνωμονική, ἐφ' ὅσον παρατηρεῖται καὶ εἰς τὰ ἔλκη τοῦ στομάχου, εἰς χολοκυστίτιδας, εἰς γαστρίτιδας κ.λ.π. Ἀκτινολογικῶς ἐμφανίζεται ὡς ἓν στρώμα ὑγροῦ ὀλιγώτερον πυκνὸν φθάνον μέχρι τοῦ καρδιακοῦ στομίου. Εἰς τὴν ὀρθίαν θέσιν ἐμφανίζεται ὡς ἐνδιάμεσον στρώμα μεταξὺ τοῦ βαριούχου πόλτου κάτωθεν καὶ ἐνὸς στρώματος ἀέρος ὑπερθεν.

5) Παραμορφώσεις τοῦ πυλωροῦ : Λόγῳ συμφύσεων δυνατὸν οὗτος νὰ ὑποστῇ στένωσιν, ἂν καὶ συνηθέστερον πρόκειται περὶ πυλωροσπάσμου. Εἰς περίπτωσιν συμφύσεων ὁ πυλωρὸς μετατοπίζεται πρὸς τὰ δεξιὰ ἢ ἐπιμηκύνεται. Ἄλλοτε πάλιν παραμένει χαίνων. Τὸ φαινόμενον αὐτὸ ὀφείλεται εἴτε εἰς συμφύσεις εἴτε εἰς μίαν διάχυτον φλεγμονὴν τῶν τοιχωμάτων, παρεμποδίζουσαν τὴν ἔγκλεισιν τοῦ πυλωροῦ, εἴτε εἰς σπασμὸν τῶν ἐπιμήκων ἰνῶν εἴτε εἰς αὐξήσιν τῆς ἀλκαλικῆς ἐκκρίσεως τοῦ ἑλκώδους βολβοῦ, ἥτις παρεμποδίζει τὴν ἀντανεκλαστικὴν ἔγκλεισιν τοῦ πυλωροῦ.

* *

Κατὰ τοὺς κλασσικοὺς συγγραφεῖς τὰ ἀκτινολογικὰ σημεῖα ἐνὸς ἔλκου τοῦ βολβοῦ εἶναι : φωλεὰ τοῦ τόξου, ἰδίως τοῦ ἐλάσσονος, σπαστικαὶ παραμορφώσεις τοῦ τοιχώματος τοῦ βολβοῦ ἐκδηλούμεναι ὡς ἔντομαί, ἐκκολλώματα, ρικνώσεις ἐκ σκληρύνσεως ἀφορῶσαι τὰ τοιχώματα, τὸ σύνολον τῶν ὁποίων δημιουργεῖ τὰς γνωστὰς παραμορφώσεις τριφυλλίου, σταυροῦ τῆς Μάλτας, κοραλλίου κ.λ.π. Ἀπο-

δίδεται ὡσαύτως ἰδιάζουσα σημασία εἰς τὰς παραμορφώσεις τῶν τόξων, τὰς ὁποίας θεωροῦν καὶ μονίμους, οὕτως ὥστε παρουσίᾳ ἑνὸς βολβοῦ μὲ ὁμαλὰ τόξα νὰ μὴ γίνεται εὐκόλως ἀποδεκτὴ ἢ διάγνωσις τοῦ ἔλκου.

Σήμερον, καὶ θέλομεν ἐξηγήσει εὐθὺς ἀμέσως τοὺς λόγους, εἶναι δύσκολον νὰ παραδεχθῆ τις τὰς ἀνωτέρω ἀντιλήψεις.

Ὡς πλέον συχνὴ περιγράφεται ἡ φωλεὰ τῶν τόξων, ἐνῶ κατὰ τὰς χειρουργικὰς ἐπεμβάσεις αὕτη ἀνευρίσκεται σχεδὸν πάντοτε ἐπὶ μιᾶς τῶν ἐπιφανειῶν, ὅπως ἐξ ἄλλου καὶ εἰς τὰς ἀκτινογραφίας, ἀρκεὶ νὰ γνωρίζη τις νὰ τὰς ἐρμηνεύη.

Συνήθως ἐκλαμβάνεται ὡς φωλεὰ τόξου μία ἀσταθῆς προσεκβολή, ἐν ψευδοεκκόλπωμα, μία φυσιολογικὴ μοῖρα τοῦ τόξου μεταξύ δύο ἐντομῶν ἢ μία ἀτελὴς πλήρωσις λόγῳ οἰδήματος, ὅποτε ἐλάχιστος βαριοῦχος πόλτος πληροῖ τὸ μεταξύ δύο ἐξοιδημένων πτυχῶν διάστημα.

Αἱ ἐκσεσημασμένοι αὐταὶ παραμορφώσεις, τὰς ὁποίας διακρίνομεν εἰς τὰς ἀκτινογραφίας, δὲν ἀνευρίσκονται κατὰ τὴν χειρουργικὴν ἐπέμβασιν, ὅπου συνήθως ὁ βολβὸς διατηρεῖ τὸ φυσιολογικόν του σχῆμα καὶ μετὰ δυσκολίας παρατηρεῖται ἐξωτερικῶς ἢ λευκάζουσα κηλὶς μαρτυροῦσα τὴν ὑπαρξιν τοῦ ἔλκου. Ἐπὶ πλέον εἶναι κάπως δύσκολον νὰ παραδεχθῶμεν, ὅτι αἱ παραμορφώσεις αὐταὶ ὀφείλονται εἰς ἀλλοιώσεις τῶν ἐξωτερικῶν τοιχωμάτων τοῦ βολβοῦ.

Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον, ἰδίως εἰς τὰ πρόσφατα ἔλκη, δὲν πρόκειται περὶ ἐξωτερικῶν παραμορφώσεων τῶν τοιχωμάτων τοῦ βολβοῦ, αἱ ὁποῖαι καταλαμβάνουν ὀλόκληρον τὸ πάχος τούτων. Πρόκειται περὶ ἐσωτερικῶν ἀκτινολογικῶν εἰκόνων ὀφειλομένων εἰς τὸ οἶδημα τοῦ βλεννογόνου. Ἡ ἀποψις αὕτη ἐξηγεῖ καλύτερα τὴν ἀκτινολογικὴν εἰκόνα τοῦ δωδεκαδακτυλικοῦ ἔλκου (σχ. 18, 19, 20).

Ὅπως εἶπομεν, ἡ ἐξέλκωσις δημιουργεῖ, ὑποσκάπτει μίαν κοιλότητα. Ἐντὸς τῆς κοιλότητος ταύτης εἰσέρχεται ὁ βαριοῦχος πόλτος καὶ οὕτω σχηματίζεται ἀκτινολογικῶς ἡ φωλεὰ, ἥτις συνήθως ἐδράζεται ἐπὶ μιᾶς τῶν ἐπιφανειῶν. Περὶ τὸ ἔλκος αὐτὸ ὁ ὑποβλεννογόνιος χιτὼν φλεγμαίνει καὶ διογκοῦται. Ἡ διογκωσις αὕτη διαστρίνει τὸν βλεννογόνον καὶ ὡς ἐκ τούτου σχηματίζονται ἀνώμαλοι πτυχώσεις. Ὅταν ὁ βαριοῦχος πόλτος πληροῖ τὴν ἀνώμαλον καὶ διωγκωμένην αὐτὴν «μίτραν», τὸ κοινῶς λεγόμενον καλοῦπι, εἰσέρχεται μόνον ἐντὸς τῆς φωλεᾶς καὶ τῶν μεταξύ τῶν πτυχῶν ἀλάκων, ἐκδιωκόμενος λόγῳ πιέσεως ἀπὸ τὰ διατεταμένα τμήματα τοῦ βλεννογόνου. Τοιοῦτοτρόπως ἐπὶ τῶν ἀκτινογραφικῶν θὰ ἔχωμεν τὰ ποικίλα αὐτὰ σχήματα, τὰ ὁποῖα δὲν εἶναι τίποτε ἄλλο παρὰ τὸ ἀπο-

τύπωμα τῶν ἐσωτερικῶν αὐτῶν ἀνωμαλιῶν τοῦ οἰδηματώδους βλενογόνου. Ταῦτα οὐδόλως ἀντικατοπτρίζουν τὴν πραγματικὴν κατάστασιν τοῦ βολβοῦ, τὸ γενικὸν σχῆμα τοῦ ὁποίου δὲν ἔχει ὑποστῆ καμμίαν μεταβολήν.

Ἐκ τῶν ἄνω ἐκτεθέντων προκύπτει, ὅτι αἱ παραμορφώσεις τοῦ βολβοῦ, ἰδίως εἰς τὰ πρόσφατα ἔλκη, ὀφείλονται εἰς τὸ οἶδημα, ἄρα εἶναι παραμορφώσεις ἐσωτερικαί. Βεβαίως ἔχουν διαγνωστικὴν ἀξίαν, πλὴν ὅμως ὡς δορυφόροι εἰκόνες τῆς φωλεᾶς, δημιουργηθεῖσαι κατὰ τύχην καὶ ἐξαρτώμεναι ἐκ τῆς θέσεως τοῦ οἰδήματος, παρουσίᾳ δὲ τῆς φωλεᾶς παύουν νὰ εἶναι ἀπαραίτητοι διὰ τὴν διάγνωσιν.

Ἡ σημασία τὴν ὁποίαν ἀποδίδομεν εἰς τὸ οἶδημα ὡς δημιουργὸν αἴτιον τῶν διαφόρων ἀκτινολογικῶν εἰκόνων, ἐνέχει κυρίως πρακτικὴν σημασίαν. Πράγματι, ἐάν τὰ ἀκτινολογικὰ σημεῖα ἡρμήνευον ὀργανικὰς ἀλλοιώσεις τοῦ τοιχώματος, θὰ ἔπρεπε νὰ εἶναι μόνιμα ἢ νὰ ἐξαφανίζονται βραδύτατα καὶ παραλλήλως πρὸς τὴν πιθανὴν ἴασιν. Ἐάν ὅμως ὀφείλωνται εἰς τὸ οἶδημα, θὰ πρέπη νὰ ἐμφανίζονται καὶ ἐξαφανίζονται ταχύτατα. Ἡ παρατήρησις αὕτη ἐνέχει μεγίστην διαγνωστικὴν, προγνωστικὴν καὶ θεραπευτικὴν σημασίαν.

Ἐπέρχεται ἡ ἐπώδυνος περίοδος, τὸ ἔλκος δημιουργεῖται, ἐμφανίζεται τὸ οἶδημα καὶ ταχύτατα δημιουργοῦνται τὰ ἀκτινολογικὰ σημεῖα. Ἡ ἐπώδυνος περίοδος παρέρχεται, ἡ ἐξέλκωσις ἡρεμεῖ, τὸ πραγματικὸν καὶ φαινομενικὸν βάθος τῆς τὸ ὀφειλόμενον εἰς τὸ γειτονικὸν οἶδημα ἐλαττοῦται, τὸ οἶδημα ἐξαφανίζεται, τὸ πᾶν ἰσοπεδοῦται. Ἡ ἀκτινολογικὴ εἰκὼν, ἀποτύπωμα τῶν λόγῳ τοῦ οἰδήματος παραμορφώσεων, ἐξαφανίζεται καὶ ὁ βολβὸς ἐπανακτᾷ τὴν φυσιολογικὴν του ὄψιν (βλ. σχ. 2, σ. 71).

Ἐπίσης κατόπιν μιᾶς αἱμορραγίας, λόγῳ τῆς προκαλουμένης τοπικῆς ἀφαιμάξεως, ἣτις ἐξαφανίζει τὸ οἶδημα, ἔχομεν καὶ ἐξαφάνισιν τῶν ἀκτινολογικῶν σημείων. Ἐπομένως ἡ πλέον ἀκατάλληλος περίοδος, εἰς τὰς οἰδηματώδεις μορφάς, δι' ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν, εἶναι ἡ περίοδος ἡρεμίας ἢ ἡ ἐπακολουθοῦσα μίαν γαστρορραγίαν, ἢ δὲ πλέον κατάλληλος ἡ περίοδος πόνων.

Ἐφ' ὅσον ὅμως, λόγῳ ἀλλεπαλλήλων προσβολῶν, ἢ φλεγμονῆς χρονίζει, χάνει τὸν χαρακτήρα αὐτὸν τῆς ἀποτόμου ἐμφάνισεως καὶ ἐξαφάνισεως, λόγῳ σκληρυντικῶν ἀλλοιώσεων. Τότε καὶ αἱ περιγραφεῖσαι παραμορφώσεις τοῦ βολβοῦ ἀποκτοῦν ἰδίαν διαγνωστικὴν ἀξίαν. Ὅσον τὰ τόξα ἔλκονται πρὸς τὴν φωλεάν, τόσον αὕτη πούει ἀπὸ τοῦ νὰ εἶναι κεντρικὴ. Ὅσον περισσότερο ἐπικρατεῖ τὸ ἰνώδες στοιχείον, δηλαδὴ τὸ μόνιμον, τοῦ οἰδηματώδους, δηλαδὴ τοῦ προσωρινοῦ, τόσον καὶ μονιμοποιοῦνται αἱ παραμορφώσεις τοῦ βολβοῦ.

Ἐναλόγως τῆς ἐξελιξέως τοῦ ἔλκουσ, ὁ R. Guimann περιγράφει διαφόρους κλινικο - ακτινολογικὰς μορφὰς.

α' Ἐλκωτικο - οἰδηματώδης μορφή: κεντρικὴ φωλεά, οἰδηματώδης ἄλωσ, ἀνέπαφα τόξα τοῦ βολβοῦ, ὅστις διατείνεται λόγω τοῦ οἰδήματος. Ἡ διάγνωσις εἶναι δυνατὴ μόνον κατὰ τὴν περίοδον τῶν πόνων.

β' Μορφή οἰδηματώδης με ἀρχομένην σκληρυνσιν: Τὸ οἶδημα ἐπεκτείνεται περίξ τῆς φωλεᾶς, ἡ ἔσω ἐπιφάνεια τοῦ βολβοῦ διογκοῦται, αἱ πτυχαὶ κατευθύνονται ἀκτινοειδῶς πρὸς τὴν φωλεάν, σημεῖον ἀρχομένης σκληρύνσεως. Ἐχομεν οὕτως γνωστὰς παραμορφώσεις με φαινόμενα σπαστικὰ ἐπὶ πλέον.

Κατὰ τὰς περιόδους ἡρεμίας, αἱ ὁποῖαι κλινικῶς σμικρύνονται, ἡ μὲν φωλεά ἐξαφανίζεται, αἱ παραμορφώσεις ὅμως παραμένουν, χωρὶς νὰ ὑπάρχη χαρακτηριστικὴ εἰκὼν ἔλκουσ. Ἡ διάγνωσις εἶναι εὐχερὴς κατὰ τὴν ἐπώδυνον περίοδον, λίαν ὅμως δυσχερὴς κατὰ τὴν περίοδον ἡρεμίας.

γ' Μορφή σκληρο-οἰδηματώδης: Με τὴν πάροδον τοῦ χρόνου αἱ ἐπώδυνοι περίοδοι ἐπιμηκύνονται, αἱ περίοδοι ἡρεμίας σμικρύνονται, οἱ χαρακτῆρες τῶν πόνων ἀλλοιοῦνται, τείνουν νὰ γίνουν μόνιμοι. Ἀκτινολογικῶς αἱ παραμορφώσεις εἶναι μόνιμοι καὶ αὐταί, καὶ κατ' αὐτὰς τὰς περιόδους ἡρεμίας. Δυνατὸν ὅμως, καὶ εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς, κατὰ μίαν περίοδον πόνων νὰ παρατηρηθοῦν ἐνίστε φαινόμενα οἰδήματος περιβάλλοντος τὴν φωλεάν. Πάντως ἡ διάγνωσις εἶναι ἐξ ἴσου σαφῆς εἴτε ὁ ἄρρωστος ὑποφέρει εἴτε εὐρίσκεται ἐν ἡρεμίᾳ. Τὸ ἔλκος ἔχει γίνει χρόνιον καὶ εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς δὲν ἔχομεν πλέον ἀκτινολογικὸν κριτήριον ἰάσεως τοῦ ἔλκουσ.

δ' Τυλωδὲς ἔλκος: Πρόκειται περὶ χρονίας μορφῆς με μόνιμους σκληρυντικὰς ἀλλοιώσεις, με μεγάλην ἐνίστε καὶ μόνιμον φωλεάν. Εἰς τὴν μορφήν αὐτὴν παρατηροῦνται αἱ χρόνιαι στενωτικαὶ παραμορφώσεις, αἵτινες ἐπισφραγίζουν τὴν διάγνωσιν. Βεβαίως τὸ στάδιον τοῦτο τῆς ἐξελιξέως σπανίως παρατηρεῖται σήμερον, λόγω τῶν ἐγκαίρων χειρουργικῶν ἐπεμβάσεων.

ε' Ἐλκος μετὰ περιδωδεκαδακτυλίτιδος: Κλινικῶς τὸ «περισπλαγχνικὸν σύνδρομον» ἔχει ἀντικαταστήσει τὸ ἔλκωτικόν. Τὰ ἀκτινολογικὰ σημεῖα, λόγω τῆς σκληρύνσεως, ἥτις ἔχει προσβάλει καὶ τὰ τοιχώματα, εἶναι μόνιμα, ἀλλ' ἀσαφῆ, δεδομένου ὅτι ἡ περιδωδεκαδακτυλίτις παραμορφώνει τελεῖως τὸν βολβόν. Ὡς ἐκ τούτου ἡ διάγνωσις τοῦ ἔλκουσ ἀποβαίνει ἐνίστε ἀδύνατος.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΩΝ ΤΟΥ ΜΕΤΑ—ΒΟΛΒΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Λέγοντες «βολβόν» έννοοῦμεν ὀλόκληρον τὴν πρώτην μοῖραν τοῦ δωδεκαδακτύλου, ἣτις ἀρχίζει παρὰ τὸν πυλωρικὸν ἰσθμὸν, ἵνα τερματισθῆ εἰς τὴν «γωνίαν», ἀπέχουσιν συνήθως τοῦ πυλωροῦ 4—5 ἐκ. Ἡ γωνία αὕτη—σημεῖον ἐνώσεως πρώτης καὶ δευτέρας μοίρας—διακρίνεται ἀφ' ἐνὸς μὲν χάρις εἰς τὸ ἐξωτερικόν της σχῆμα (κάμψις, ἀλλαγὴ διευθύνσεως, ἐλάττωσις εὐρους), ἀφ' ἑτέρου δὲ χάρις εἰς τὴν διάταξιν τῶν βλεννογονίων πτυχῶν, αἵτινες ἀπὸ ἐπιμήκων εἰς τὸν βολβὸν γίνονται ἐγκάρσιαι εἰς τὴν δευτέραν μοῖραν.

Ἡ πέραν τοῦ βολβοῦ ἐντόπισις ἐνὸς ἔλκουσ δὲν εἶναι τόσον σπανία ὅσον ἐνομιζέτο ἄλλοτε. Ἡ λεπτομερὴς καὶ εἰς ὅλας τὰς προβολὰς ἀκτινολογικὴ ἐρευνα ἀποκαλύπτει τὴν ὕπαρξιν τῶν ἐλκῶν αὐτῶν, τὰ ὅποια χαρακτηρίζουν ἴδιαι ἐπιπλοκαί.

Ἀπὸ ἀκτινολογικῆς ἀπόψεως καὶ ἐδῶ τὸ κύριον σημεῖον εἶναι ἡ φωλεά. Ὡς φωλεά ἐπιφανείας ἔχει ὄψιν ὠσειδῆ ἢ στρογγύλην, σπανίως ἀνώμαλον, περιβάλλεται δὲ ἀπὸ οἰδηματώδη ἄλω. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς θὰ πρέπη νὰ διαχωρισθῆ μιᾶς ἀνωμάλου εἰκόνος δημιουργηθείσης π.χ. ἀπὸ μίαν φουσαλίδα ἀέρος παρὰ τὸ ἄνω γόνυ, ἢ ἀπὸ τὰς ἀνωμάλους πτυχὰς τοῦ βλεννογόνου.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΩΝ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΤΗΣ ΚΑΤΙΟΥΣΗΣ ΜΟΙΡΑΣ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

Ἡ συνήθης ἔδρα τῶν ἐλκῶν αὐτῶν κεῖται ἐπὶ τῆς δευτέρας μοίρας τοῦ δωδεκαδακτύλου καὶ, ὕπερθεν τοῦ φατερείου φύματος. Ἡ συχνότης τῶν ἀναβιβάζεται εἰς 5%, ἐνῶ ἄλλοι ἀναφέρουν καὶ μέχρι 17%. Διακρίνονται τῶν ἐλκῶν τοῦ βολβοῦ ὡς αἰμορραγοῦντα συχνότερον καὶ ὡς διατιτραινόμενα ἐντὸς τοῦ παγκρέατος, προκαλοῦντα ἀποφρακτικὸν ἴκτερον.

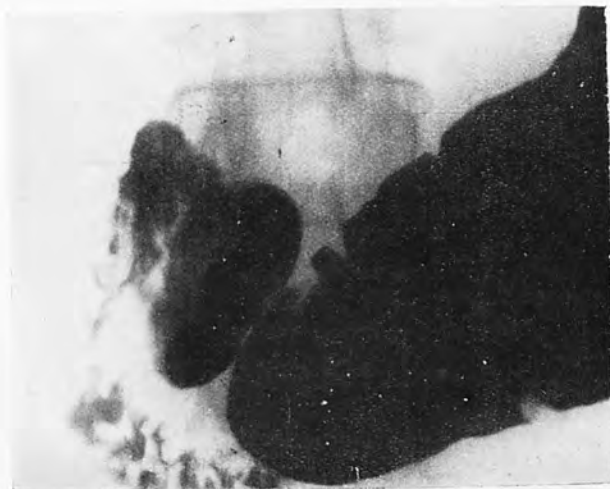
Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις δέον νὰ γίνῃ εἰς ὅλας τὰς προβολὰς, ὁπότε καὶ ἡ φωλεά καθίσταται πλέον ἐμφανῆς. Αὕτη ἐδράζεται ἐπὶ ἐνὸς ἐκ τῶν τόξων τοῦ δωδεκαδακτύλου, συνήθως τοῦ ἔσω, καὶ ἐμφανίζεται ὡς μία ἐπιπρόσθετος στρογγύλη ἢ ἡμισφαιρικὴ εἰκὼν, ἐνωτέρως σκιάσεως, καὶ μὲ ὄρια κατὰ τὸ μᾶλλον ἢ ἥττον ὀμαλά.

Ὅταν ἡ φωλεά εὐρίσκεται ἐπὶ τῆς ἐπιφανείας τοῦ δωδεκαδακτύλου, διακρίνεται διὰ τὴν ἐντονὸν σκιάσιν της, διάφορον τῆς τοῦ δωδεκαδακτύλου, καὶ συνήθως περιβάλλεται ἀπὸ μίαν οἰδηματώδη ἄλω. Ἀλλὰ καὶ τὸ δωδεκαδάκτυλον παρουσιάζει ὠρισμένας ἀνωμαλίας. Οὕτω λόγῳ στενώσεως ὕπερθεν καὶ κάτωθεν τῆς φωλεᾶς,

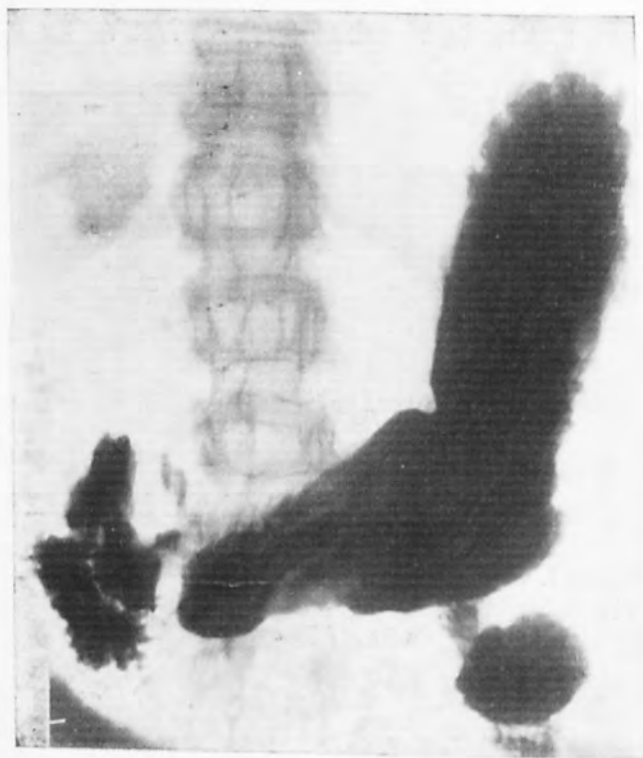
ΕΛΚΗ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ



Εικών 1. Φωλεά έπιφανείας περιβαλλομένη από την οίδηματώδη άλω, άνευ : παραμορφώσεως τών τόξων.



Εικών 2. Κεντρική φωλεά έν μέρει περιβαλλομένη υπό τής οίδηματώδους άλω. (βλ. σ. 93, σχ. 1, 2, 3).



Εικόνα 3. Κεντρική φωλεά με σύγκλιση τῶν πτυχῶν.



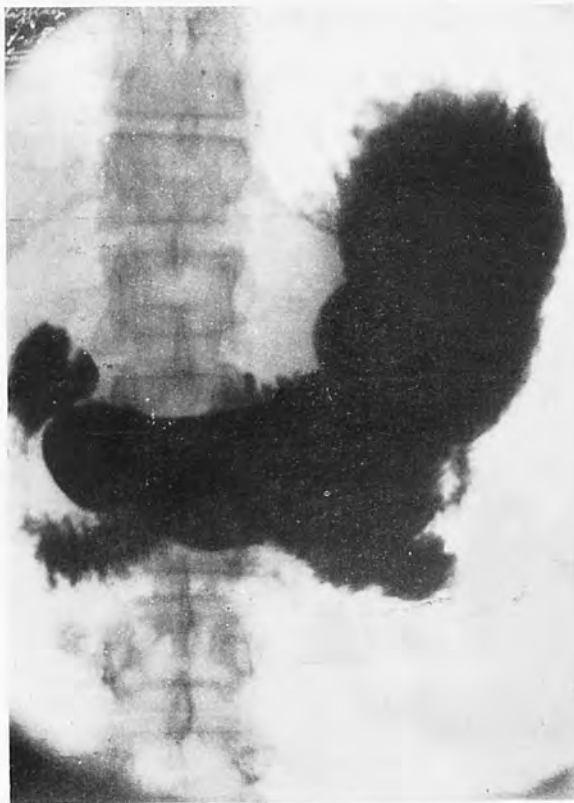
Εικόνα 4. Κεντρική φωλεά ἐπιφανείας. Τὸ ὑπερθεν οἶδημα δίδει τὴν ἐντύπωση παραμορφώσεως τῶν τόξων.



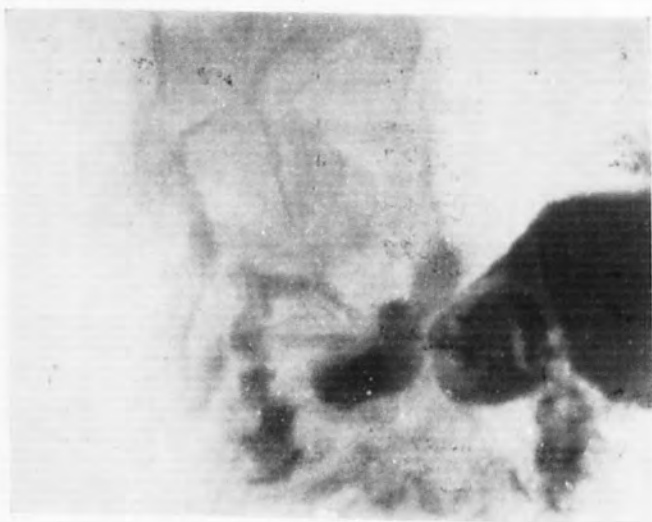
Εικόνα 5. Ἀσπεροειδές σχῆμα.



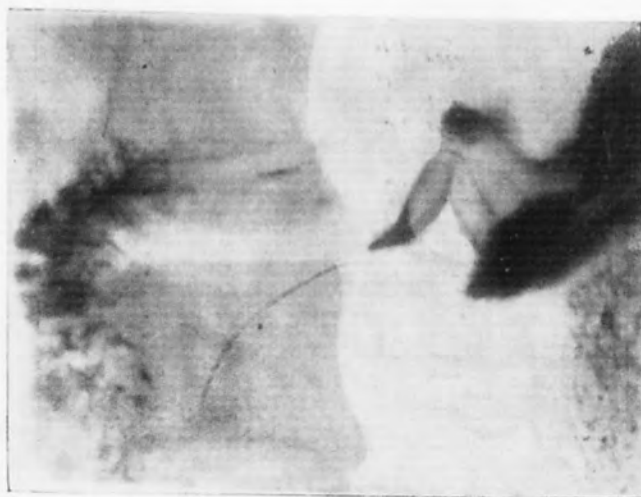
Εικών 6. Πρώτη περίοδος πόνων. Μεγάλη φαλεά με τελείαν παραμόρφωσιν τοῦ βολβοῦ.



Εικών 7. Μετὰ δίμηνον. Περίοδος ἡρεμίας. Ἐξαφάνισις τῆς φαλεᾶς. Τὸ σχῆμα τοῦ βολβοῦ εἶναι φυσιολογικόν, παραμένει ὅμως μία μικρὰ ἔντομή.



Εικών 8. Κεντρική φωλεά επιφανείας. Ἡ ὑπερβεν
ταύτης μοῖρα τοῦ βολβοῦ δὲν διαγράφεται λόγῳ τοῦ
οιδήματος.



Εικών 9. Κεντρική φωλεά. Λόγῳ τοῦ οιδήματος δια-
γράφεται μόνον ἡ ἔσω μοῖρα ἐν εἶδει ψευδο—εκ-
κολπώματος.



Εικών 10.



Εικών 11.

Εικών 10, 11. Αίωρουμένη φωλεά. Λόγω τοῦ καθολικοῦ οἰδήματος ὁ βολβός δέν ἀπεικονίζεται. Ἡ φωλεά μεταξύ πυλωροῦ καὶ ἄνω γόνατος ἐκλαμβάνεται ὡς φυσιολογικός βολβός.



Εικών 12. Κήλη τοῦ γαστρικοῦ βλενογόνου ἐντὸς τοῦ βολβοῦ.



Εικών 13. Προβολή τοῦ πυλωροῦ ἐπὶ τοῦ βολβοῦ, ἐκλαμβανομένη ὡς φωλεά (βλ. σ. 93, σχ. 9).



Εικών 14.



Εικών 15.

Εικών 14, 15. Κεντρική φωλιά με παραμόρφωσιν τοῦ βολβοῦ λόγῳ οἰδήματος.



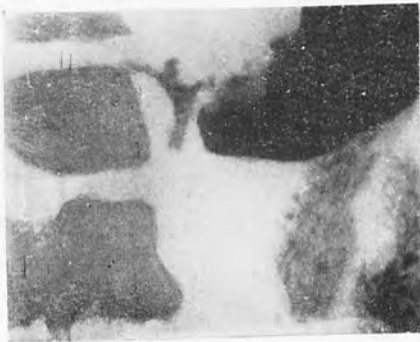
Εικών 16.



Εικών 17.



Εικών 18.



Εικών 19. Έλκος ελάχιστονος τόξου βολβοῦ.



Εικών 20. Έλκος μείζονος τόξου βολβοῦ.



Εικών 21.

Εικών 21, 22. Χρόνιαι παραμορφώσεις τοῦ βολβοῦ ἐξ ἔλκους.



Εικών 22.



Εικών 23.



Εικών 24.

Εικών 23, 24. Χρόνια παραμορφώσεις του βολβοῦ ἐξ ἕλκους. (βλ. σ. 96, σχ. 14).



ών 25. «Φθίσις» του δωδεκαδακτύλου.
Σύγχρονος χολοκυστογραφία.



Εικών 26. Ἔλκος κατιούσης μοίρας δωδεκακτύλου.

αὕτη προσλαμβάνει τὴν ὄψιν χάνδρας διὰ τῆς ὁποίας ἔχει διέλθει μία κλωστή (perle enfilée). Ἄλλοτε πάλιν θὰ παρατηρήσωμεν εἴτε λόγῳ τοῦ οἰδήματος ἐξαφάνισιν τῶν πτυχῶν, εἴτε μίαν ἔντομήν τοῦ τόξου ἔναντι τῆς φωλεᾶς. Αἱ ἄνω ἀλλοιώσεις καὶ ἰδίως ἡ στένωσις ἐξαφανίζονται ἀποτόμως ὀλίγον κάτωθεν τῆς φωλεᾶς καὶ τὸ δωδεκαδάκτυλον ἐπανακτᾷ τὴν φυσιολογικὴν του ὄψιν. Σπανίως θ' ἀνεύρωμεν μίαν ὀργανικὴν στένωσιν.

Ἡ διαφορικὴ διάγνωσις θὰ πρέπη νὰ γίνῃ μὲ ἓνα ἐκκόλπωμα τοῦ δωδεκαδακτύλου καὶ μὲ τὸ φατέρειον φῦμα.

Τὸ ἐκκόλπωμα τοῦ δωδεκαδακτύλου διακρίνεται εὐκόλως· συνήθως ἀνευρίσκεται χαμηλότερον καὶ ὀλίγον ὑπερθεν τοῦ φύματος. Εἶναι ποικίλου μεγέθους καὶ ἀλλάσσει εὐκόλως σχῆμα. Δὲν συνοδεύεται ἀπὸ ἀλλοιώσεις τοῦ ὑπολοίπου δωδεκαδακτύλου καὶ αἱ πτυχαὶ τοῦ βλεννογόνου διακρίνονται ἰδίως ἐντὸς τοῦ μίσχου τοῦ ἐκκολλώματος, ὅστις τὸ συνδέει μὲ τὸ δωδεκαδάκτυλον.

Τὸ φῦμα τοῦ Vater ἐνίστε προσλαμβάνει τὴν εἰκόνα μιᾶς φωλεᾶς, ὅταν εἰσχωρήσῃ ἐντὸς τούτου βαριοῦχος πόλτος. Συνηθέστερον ὁμως διαπράττεται τὸ ἀντίθετον σφάλμα. Ἐκλαμβάνεται ὡς ἐκκόλπωμα μία ἀνώμαλος διαγραφή τοῦ φύματος, ὁπότε καὶ δύναται νὰ χειρουρηγηθῇ μὲ λίαν ἐπικινδύνους συνεπειάς.

Δέον νὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν, ὅτι παραμορφώσεις τῆς πρώτης καὶ δευτέρας μοίρας τοῦ δωδεκαδακτύλου εἶναι ἐπίσης δυνατόν νὰ προκληθοῦν ἀπὸ διάφορα παράσιτα.

Συνοπτικῶς τονίζομεν, ὅτι παρουσίᾳ ἑνὸς τυπικοῦ ἱστορικοῦ ἔλκους, ἢ ἀνεξηγήτων αἰμορραγιῶν, ἢ ἐντόνων πόνων, ἢ καὶ ἑνὸς ἰκτέρου μὲ ἀκτινολογικῶς φυσιολογικὸν βολβόν, δέον πάντοτε νὰ ἐρευνᾶται ἡ πιθανὴ ἐντόπισις ἑνὸς ἔλκους καὶ πέραν τοῦ βολβοῦ, ἰδίως ἐπὶ τῆς δευτέρας μοίρας. Ἡ ἐξέτασις θὰ γίνῃ εἰς ὄλας τὰς προβολάς, οὕτως ὥστε ν' ἀποκαλυφθῇ καὶ νὰ διαγραφῇ καλῶς καὶ ἡ ὀπισθοβολβικὴ καὶ ἡ δευτέρα μοῖρα τοῦ δωδεκαδακτύλου ἐπὶ τῶν ὁποίων πιθανῶς νὰ ἐδράζεται τὸ ἔλκος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ Ζ'

ΤΟ ΕΛΚΟΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ὁμιλοῦντες περὶ τοῦ ἔλκους τοῦ στομάχου, ἀκουσίως θέλομεν ἀνακινήσει ὀλόκληρον τὸ πρόβλημα τῶν ὀργανικῶν ἀλλοιώσεων τούτου. Διότι ἐνώπιον μιᾶς ἐξελεκώσεως ἐδραζομένης ἐπὶ οἰασδήποτε μοίρας τοῦ στομάχου, θὰ διερωτηθῶμεν ἐὰν αὕτη εἶναι κακοήθης, ἐὰν ἔχη ὑποστή τὴν κακοήθη ἐξαλλαγὴν, ἢ ἐὰν πρόκειται περὶ ἐνὸς πρωτοπαθοῦς καρκίνου, ὅστις ὑποδύεται τὸ κοινὸν ἔλκος. Πράγματι, ὡς θὰ ἴδωμεν εἰς ἐπόμενα κεφάλαια, ὁ καρκίνος ἐμφανίζεται κλινικῶς καὶ ἀκτινογραφικῶς ὑπὸ μορφᾶς τόσον ποικίλας, ὥστε παρουσία μιᾶς ὀργανικῆς ἀλλοιώσεως τοῦ στομάχου νὰ θεωροῦμεν ταύτην ὡς κακοήθη, μέχρις ἀποδείξεως τοῦ ἐναντίου.

Αἱ ἄνω παρατηρήσεις δὲν σημαίνουν ὅτι δὲν ὑπάρχουν καλοήθη ἔλκη. Τούναντίον ὑπάρχουν πολλά, τὰ ὅποια ἴωνται φαρμακοδιαιτητικῶς πολὺ εὐκολώτερον ἀπὸ τὰ τοῦ δωδεκαδακτύλου. Θὰ πρέπη ἐπομένως νὰ γνωρίζωμεν καλῶς τὰ κλινικὰ καὶ τὰ ἀκτινολογικὰ ἐκεῖνα σημεῖα, τὰ ὅποια θὰ μᾶς ὀδηγήσουν πρὸς τὴν διαφορικὴν διάγνωσιν.

Αὕτη πολλάκις ἐξαρτᾶται ὄχι μόνον ἐκ τῶν ὡς ἄνω σημείων, ἀλλὰ καὶ ἐκ τῆς τοπογραφίας τῆς βλάβης. Ὅπως ὑπάρχουν ὄργανα, π.χ. ἥπαρ, πάγκρεας, τὰ ὅποια ἔχουν μὲν ἐνιαίαν ἀνατομικὴν κατασκευὴν, ἀλλὰ πολλαπλᾶς φυσιολογικᾶς λειτουργίας, οὕτω καὶ ὁ στόμαχος, ἐνιαῖον ἀνατομικῶς ὄργανον, ἔχει πολλαπλᾶς λειτουργίας. Τὰ τρία κυριώτερα τμήματα τοῦ στομάχου, ὁ πυθμὴν, τὸ σῶμα καὶ τὸ πυλωρικὸν ἄντρον, ἔχουν διαφόρους κινητικὰς καὶ ἀδενικὰς λειτουργίας καὶ εὐνόητον, ὡς ἐκ τούτου, εἶναι, ὅτι καὶ ἡ παθολογία τοῦ ὄργάνου τούτου θὰ ἐπηρεάζεται ἀναλόγως.

Ἐπὶ τοῦ ἐλάσσονος τόξου τοῦ στομάχου ἀναπτύσσονται τὰ περισσότερα ἔλκη. Ἄλλὰ τὸ τόξον τοῦτο ἀρχίζει παρὰ τὸ καρδιακὸν στόμιον καὶ καταλήγει εἰς τὸν πυλωρόν. Οὐσιαστικῶς ἐπομένως συμμετέχει καὶ εἰς τὰ τρία προαναφερθέντα τμήματα τοῦ στομάχου. Ὡς ἐκ τούτου ἄλλην συμπτωματολογίαν θὰ ἔχη ἓν ἔλκος παρὰ τὸ καρδιακὸν στόμιον καὶ διάφορον τὸ πλησίον τοῦ πυλωροῦ ἐδραζόμενον. Ἐχομεν ὁμως ὀλόκληρον τὸ τόξον τὸ μεταξὺ τῶν δύο τούτων ἄκρων.

είς τὸ ὅποτον διακρίνομεν δύο μοίρας, τὴν κάθετον καὶ τὴν ὀριζοντίαν. Ἡ συμπτωματολογία τῶν ἔλκων τῶν δύο αὐτῶν μοιρῶν εἶναι κοινή, διαφέρουν ὅμως ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἐξέλιξιν των.

Ἐπὶ τῆς καθέτου μοίρας παρατηροῦμεν συχνότατα ἔλκη τεραστίου μεγέθους, μὲ λίαν ἀνησυχητικὴν κλινικὴν εἰκόνα, ὥστε νὰ φοβῆται τις τὸν καρκίνον, τὰ ὅποια ὅμως χάρις εἰς μίαν ἐπίμονον καὶ συστηματικὴν θεραπείαν ὄχι μόνον ἐξαφανίζονται ἀλλὰ καὶ ἰῶνται.

Ἀντιθέτως, τὰ ἔλκη τῆς ὀριζοντίας μοίρας εἶναι συνήθως μικροῦ μεγέθους, παρουσιᾶ δὲ εὐμεγέθους ὀργανικῆς βλάβης πρέπει πάντοτε νὰ ὑποπτευώμεθα τὸν καρκίνον.

Τὰ ἔλκη τῆς καθέτου μοίρας τοῦ στομάχου δεικνύουν ἐλαχίστην τάσιν πρὸς τὴν κακοήθη ἐξαλλαγὴν, ἂν καὶ προσφάτως ἐδημοσιεύθησαν τυπικαὶ περιπτώσεις ἔλκων τῆς καθέτου μοίρας ὑποστάντων τὴν τοιαύτην ἐξαλλαγὴν, ἐνῶ τὰ ἔλκη τῆς ὀριζοντίας μοίρας παρουσιάζουν μίαν ἰδιαιτέραν προδιάθεσιν πρὸς τὴν ἐξαλλαγὴν.

Αἱ σχέσεις καὶ ἡ συχνότης ἔλκους καὶ καρκίνου τῶν διαφόρων τμημάτων τοῦ στομάχου καὶ τοῦ δωδεκαδακτύλου ἔχουν σχηματοποιηθῆ ἀπὸ τὸν R. A. Gutman ὡς ἑξῆς :

- | | |
|--------------------------------|--|
| Πυθμὴν τοῦ στομάχου : | — Καρκίνος ἀρκετὰ συχνός
— Ἐλκος σπάνιον |
| Κάθετος μοῖρα ἐλάσσ. τόξου : | — Ἐλκος λίαν συχνόν
— Κακοήθης : ἐξαλλαγὴ σπανία
— Καρκίνος συχνός |
| Ἐπιπέδιος μοῖρα ἐλάσσ. τόξου : | — Ἐλκος συχνόν
— Κακοήθης ἐξαλλαγὴ συχνότατη
— Καρκίνος λίαν συχνός |
| Πυλωρικός ἰσθμός : | — Ἐλκος συχνόν
— Κακοήθης ἐξαλλαγὴ συχνή
— Καρκίνος σπάνιος |
| Βολβός δωδεκαδακτύλου : | — Ἐλκος συχνότατον
— Κακοήθης ἐξαλλαγὴ πρακτικῶς ἀνύπαρκτος
— Καρκίνος ἑξαιρετικῶς σπάνιος |
| Κατιοῦσα μοῖρα δωδεκαδ. : | — Ἐλκος ἀρκετὰ συχνόν
— Κακοήθης ἐξαλλαγὴ πρακτικῶς ἀνύπαρκτος
— Καρκίνος οὐχὶ σπάνιος |

Τὰ ἔλκη τοῦ στομάχου εἶναι συχνά, ὀλιγώτερον ὅμως ἀπὸ τὰ τοῦ δωδεκαδακτύλου. Εἰς τὸ κεφάλαιον περὶ ἔλκους τοῦ δωδεκαδακτύλου ἐξεθέσαμεν τὰς σχέσεις τῶν ἐλκῶν αὐτῶν. Τὰ ἔλκη τοῦ στομάχου κατὰ μεγάλην πλειονότητα ἐδράζονται ἐπὶ τοῦ ἐλάσσονος τόξου. Ταῦτα ἦσαν γνωστά ἀπὸ αἰῶνων, κατὰ τὰς ἀρχὰς δὲ τοῦ 19ου αἰῶνος οἱ Baille καὶ Abercrombie περιέγραφον τοιαῦτα, τὰ ὁποῖα ὅμως δὲν διεχώριζον ἀπὸ τὸν καρκίνον. Τὸ ἔλκος τοῦ ἐλάσσονος τόξου περιεγράφη καὶ διεχωρίσθη σαφῶς ἀπὸ τοῦ καρκίνου τοῦ στομάχου τὸ πρῶτον περὶ τὸ 1825 - 1830 ἀπὸ τὸν Cruveilhier. Οὐσιαστικῶς ὅμως ἡ περιγραφή τοῦ ἄνω Γάλλου συγγραφέως ἦτο παθολογοανατομικῆς φύσεως, κλινικῶς δὲ ἀφεώρα κυρίως τὸ τυλῶδες ἔλκος.

Ἐάν κρίνωμεν ἐκ διαφορῶν ἐργασιῶν¹⁾, αἵτινες ἀσχολοῦνται μὲν τὰ ἔλκη ταῦτα, θὰ διαπιστώσωμεν ὠρισμένας στατιστικὰς διαφορὰς ἀφορώσας τὴν ἀκριβῆ ἐντόπισιν. Γενικῶς τὰ ἔλκη τοῦ στομάχου ἐδράζονται περὶ τὰ δύο ἑκατοστὰ ἔνθεν ἢ ἐκεῖθεν τοῦ ἐλάσσονος τόξου. Ἐπὶ 200 ἐλκῶν τοῦ στομάχου ἀνευρεθέντων εἰς νεκροτομὰς, οἱ Hurst καὶ Stewart ἀνεύρουσιν ὅτι τὰ 63% ἦσαν τοῦ ἐλάσσονος τόξου, ἐνῶ εἰς χειρουργικὰ παρασκευάσματα τὸ ποσοστὸν αὐτὸ ἀνήρχετο εἰς 96%. Ἡ διαφορὰ ὀφείλεται εἰς τὸ ὅτι κατὰ τὰς νεκροτομὰς ἀνευρέθη μέγα ποσοστὸν ἐλκῶν τοῦ πυλωροῦ, τὰ ὁποῖα, ὡς εὐκο-

1) Ἡμεῖς ἐν τῷ Ἀντικαρκινικῷ Ἰνστιτούτῳ ἐπὶ 4911 ἀρρώστων προσελθόντων πρὸς ἐξέτασιν διὰ πρώτην φοράν, ἐκ τῶν ὁποίων 2826 θῆλεις καὶ 2085 ἄρρενες, διεχωρίσαμεν ὡς σαφῶς πάσχοντας ἐκ τοῦ στομάχου τῶν 436. Ἐκ τούτων 320 ἠλέγχθησαν ἀκτινολογικῶς καὶ διεπιστώθη ἀναμφισβήτητον ἔλκος. Οἱ ὑπόλοιποι 116 εἶχον τυπικὸν ἱστορικὸν ἔλκος, ἀλλὰ διὰ διαφόρους λόγους, κυρίως οἰκονομικοῦς, δὲν κατέστη δυνατὸς ὁ ἀκτινολογικὸς ἔλεγχος. Ἐπὶ τῶν 320 ἀκτινολογικῶς ἐλεγχθέντων ἐλκοπαθῶν, οἱ 209 ἦσαν ἄνδρες καὶ 111 γυναῖκες.

Ἐπὶ τῶν 209 ἀνδρῶν τὰ ἔλκη κατανέμονται ὡς ἐξῆς :

— Ἐλκη στομάχου 31 ἤτοι 14,8%.

— Ἐλκη δωδεκαδακτύλου 118, ἤτοι 85,2%.

— Σχέσις ἐλκῶν στομάχου πρὸς ἔλκη δωδεκαδακτύλου 1 : 5,7.

Ἐπὶ τῶν 111 γυναικῶν τὰ ἔλκη κατανέμονται ὡς ἐξῆς :

— Ἐλκη στομάχου 24, ἤτοι 21,6%.

— Ἐλκη δωδεκαδακτύλου 87, ἤτοι 78,4%.

— Σχέσις ἐλκῶν στομάχου πρὸς ἔλκη δωδεκαδακτύλου 1 : 3,6.

*Ἄξιον σημειώσεως τυγχάνει τὸ γεγονός, ὅτι ὅσον ἀφορᾷ μὲν τὰ ἔλκη τοῦ δωδεκαδακτύλου καὶ εἰς τὰ δύο φῶλα ἢ μεγαλυτέρα συχνότης τῶν παρατηρεῖται εἰς ἄτομα ἡλικίας 31—40 ἐτῶν (34,4% ἄνδρες, 21,1% γυναῖκες). Τὰ ἔλκη τοῦ στομάχου ἀπαντοῦν συχνότερον εἰς μὲν τοὺς ἄνδρας μεταξύ 21—40 ἐτῶν (48%), εἰς δὲ τὰς γυναῖκας μεταξύ 31—40 ἐτῶν (29,4%).

λώτερον διατιτραίνόμενα, προκαλοῦν καὶ συχνότερον τὸν θάνατον. Ἐπὶ τῶν χειρουργικῶν ἐξ ἄλλου παρασκευασμάτων τὰ 86% ἐκ τῶν ἐλκῶν ἠδράζοντο εἰς ἀπόστασιν 2—10 ἐκ. ἀπὸ τοῦ πυλωροῦ.

Τὰ περισσότερα τῶν γαστρικῶν ἐλκῶν φαίνεται νὰ ἐντοπιζονται περὶ τὴν γωνίαν τοῦ στομάχου καὶ τὴν προπυλωρικὴν χώραν. Ἐκ τῶν ἐργασιῶν τῶν Ἀμερικανῶν Portis καὶ Jaffe, διαφόρων Γερμανῶν συγγραφέων καὶ λοιπῶν, προκύπτει ὅτι τὰ 60% περίπου τῶν γαστρικῶν ἐλκῶν ἀπέχουν περὶ τὰ 6 ἐκ. ἀπὸ τοῦ σημείου ἐνώσεως πυλωροῦ καὶ δωδεκαδακτύλου. Ἐξ ἀκτινολογικῶν ἐξ ἄλλου ἐρευνῶν προκύπτει, ὅτι τὰ περισσότερα τῶν ἐλκῶν ἐδράζονται ἐπὶ ἢ πλησίον τῆς γωνίας τοῦ στομάχου. Γενικῶς ἐπομένως δυνάμεθα νὰ εἴπωμεν, ὅτι τὰ ἔλκη ὑπερέχουν κυρίως περὶ τὴν γωνίαν καὶ πλησίον ταύτης εἰς τοὺς ἀνδρας καὶ τὰς γυναῖκας, καὶ κατὰ δεύτερον λόγον κατὰ τὴν προπυλωρικὴν μοῖραν, ἰδίως εἰς τοὺς ἀνδρας. Ὅσον ἀφορᾷ τὸν καρκίνον, τὰ 60% περίπου τῶν περιπτώσεων ἐδράζονται ἐπὶ τῆς προπυλωρικῆς μοίρας.

Ἡ εἰδικὴ αὕτη προτίμησις τῶν ἐλκῶν τοῦ στομάχου πρὸς τὸ ἐλάσσον τόξον ἔχει ἐρευνηθῆ ἀπὸ πολλοὺς, ἰδίως ἀπὸ παθολογικῆς ἀπόψεως. Πλεῖστοι ὅσοι παράγοντες φέρονται ὡς ὑπεύθυνοι διὰ τὴν προδιάθεσιν ταύτην. Καὶ πρῶτον ἠρευνηθῆ ἡ ἀνατομικὴ κατασκευὴ τοῦ ἐλάσσονος τόξου, ἡ γνωστὴ γαστρικὴ ὁδός, καὶ ἥτις ἀποτελεῖται ἀπὸ 2—4 ἐπιμήκεις πτυχάς τοῦ βλεννογόνου. Ὁ βλεννογόνος τῆς γαστρικῆς ὁδοῦ δὲν κινεῖται καὶ τόσον ἐλευθέρως ἐπὶ τοῦ μυϊκοῦ χιτῶνος, τὸ δὲ ἐπιθήλιόν του εἶναι λεπτότερον τοῦ ὑπολοίπου στομάχου. Σπουδαῖον ἐπίσης ρόλον φαίνεται νὰ παίζουν τὰ ἀγγεῖα τῆς χώρας ταύτης, τὴν διάταξιν τῶν ὁποίων περιεγράψαμεν λεπτομερῶς εἰς τὸ κεφάλαιον περὶ ἀνατομικῆς τοῦ στομάχου. Οὕτως ὁ Cole ἀναφέρει, ὅτι οἱ κάτω κλάδοι τῆς ἀριστερᾶς γαστρικῆς ἀρτηρίας ὑφίστανται μίαν σημαντικὴν τάσιν, ὅταν τὸ ἄτομον εὐρίσκειται εἰς ὀρθίαν θέσιν, μὲ ἐπιμήκη ἰδίως στόμαχον. Σημαντικὸν ἐπίσης ρόλον παίζει τὸ νευρικὸν σύστημα, δεδομένου ὅτι ἡ προπυλωρικὴ καὶ ἡ πυλωρικὴ μοῖρα τοῦ μυεντερικοῦ πλέγματος δέχεται περισσοτέρους κλάδους ἐκ τοῦ παρασυμπαθητικοῦ παρ' ὅ,τι δέχεται ὁ πυθμὴν τοῦ στομάχου. Ἄλλὰ καὶ ἡ πυκνότης τοῦ πλέγματος εἶναι μεγαλύτερα εἰς τὸ ἐλάσσον παρὰ εἰς τὸ μείζον τόξον.

Ὁ βλεννογόνος τοῦ ἐλάσσονος τόξου εἶναι πλέον εὐαίσθητος εἰς μηχανικὸν ἐρέθισμα, ἀπὸ ὅ,τι αἱ ἄλλαι μοῖραι τοῦ στομάχου. Ἐνας ἐρεθισμὸς δύναται νὰ προκαλέσῃ καὶ δίλοβον στόμαχον, τὰ περισσότερα δὲ ἐκ τῶν ἐντόνων περιστατικῶν κυμάτων, ἰδίως κατὰ τὴν

ἀρχὴν τῆς πέψεως, ἀρχίζουσι εἰς τὴν χώραν τῆς γωνίας. Δεδομένου δὲ ὅτι τὸ ἔλασσον τόξον εἶναι βραχύτερον τοῦ μείζονος, τὰ περισταλτικὰ κύματα παραμένουν σχετικῶς περισσότερον εἰς οἰανδήποτε μοῖραν τοῦ ἐλάσσονος τόξου, παρά εἰς τὸ μείζον.

Ὑπεστηρίχθη ἐπίσης ὅτι τὰ ἔλκη ἀναπτύσσονται ἐπὶ τοῦ ἐλάσσονος τόξου τοῦ στομάχου λόγῳ τῆς ἐκεῖ ὑπάρξεως ἐνίοτε ἑτεροτόπων νησιδίων ἐντερικοῦ ἐπιθηλίου; Ἀλλὰ ἐκτός τοῦ ὅτι τοιοῦτος ἰστός δὲν ἀνευρίσκεται εἰς τὰ νεογέννητα καὶ ὁσάκις ἀνευρέθη εἰς τοὺς ἐνηλίκους συνεδουάζετο πάντοτε μὲ ἔλκος ἢ καρκίνον, παραδέχονται ὅτι τὸ ἐντερικὸν τοῦτο ἐπιθηλίον ἦτο οὐχὶ τὸ αἷτιον, ἀλλὰ τὸ ἀποτέλεσμα μιᾶς παθολογικῆς ἐπεξεργασίας.

Ἐξητάσθη ἐπίσης κατὰ πόσον ἐρεθιστικὰ πόματα δύνανται νὰ προκαλέσουν ἓν τοιοῦτον ἔλκος. Αἱ διάφοροι παρατηρήσεις δεικνύουν ὅτι ὁ μερικὸς τραυματισμὸς τοῦ βλεννογόνου ἐξαρτᾶται ἀπὸ τὸν βαθμὸν πληρώσεως τοῦ στομάχου καὶ ἀπὸ τὴν ποιότητα τοῦ γαστρικοῦ περιεχομένου. Εἰς περίπτωσιν κενοῦ στομάχου τραυματίζεται εἴτε ὀλόκληρος ὁ γαστρικὸς βλεννογόνος, εἴτε μόνον τὸ ἔλασσον τόξον μεθ' ὀλοκλήρου τοῦ προπυλωρικοῦ ἄντρου. Εἰς τὴν τελευταίαν ταύτην περίπτωσιν τὸ πλάγιον μυϊκὸν σύστημα τοῦ στομάχου συσπᾶται, οὕτως ὥστε ν' ἀπωθήσῃ τὸ ἐρεθιστικὸν ὑγρὸν ἐντὸς τοῦ ἄντρου. "Ὅταν ὁ στόμαχος πληροῦται μὲ ὑγρὰν τροφήν, προσβάλλεται ὀλόκληρος ὁ γαστρικὸς βλεννογόνος. "Ὅταν ὁ στόμαχος πληροῦται μὲ μίαν ἡμιστερεάν πολτώδη μᾶζαν, προσβάλλονται κυρίως τὸ ἔλασσον τόξον καὶ τὸ προπυλωρικὸν ἄντρον καὶ ἐπομένως αἱ μοῖραι αὗται δέχονται τὸν μεγαλύτερον τραυματισμὸν ἀπὸ ἐρεθιστικὰ πόματα. Σημειωτέον ὅτι παλαιότερον ὑπεστήριζον ὡς αἷτιον μίαν ἐξωτερικὴν πίεσιν τοῦ στομάχου ὀφειλομένην εἰς γυναικίαν ζώνην κ.λ.π.

Ὑπεστηρίχθη ἐπίσης ὡς αἷτιον ἡ ἐνδογαστρικὴ πίεσις, ὡς καὶ ἡ σχετικὴ καθήλωσις τοῦ ἐλάσσονος τόξου, λόγῳ τῆς ὁποίας καὶ τραυματίζεται εὐκολώτερον τοῦτο. Ἐπίσης καὶ τὸ γεγονός, ὅτι αἱ περισταλτικαὶ κινήσεις τοῦ ἐλάσσονος τόξου παραμένουν περισσότερον καὶ εἶναι πλέον ἔντονοι παρά τὴν γωνίαν, ὁπότε δύνανται νὰ διακόψουν τὴν εἰς αἷμα ἄρδευσιν. Σ υ ν ο π τ ι κ ῶ ς δυνάμεθα νὰ εἰπώμεν, ὅτι οἱ μηχανικοὶ καὶ οἱ νευρο - ἀγγειακοὶ παράγοντες εἶναι ἐκεῖνοι οἱ ὁποῖοι κυρίως προδιαθέτουν εἰς τὴν ἐμφάνισιν τοῦ ἔλκουσ παρά τὸ ἔλασσον τόξον καὶ τὴν προπυλωρικὴν μοῖραν.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΩΝ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΤΟΥ ΕΛΑΣΣΙΟΝΟΣ ΤΟΞΟΥ

Ὡς τύπον περιγραφῆς θὰ λάβωμεν ἕν ἔλκος ἐδραζόμενον ἐπὶ τοῦ ἐλάσσιονος τόξου, μακρὰν τοῦ καρδιακοῦ ὡς καὶ τοῦ πυλωρικοῦ στομίου. Τὸ ἔλκος τοῦτο, εἴτε κεῖται ἐπὶ τῆς καθέτου εἴτε ἐπὶ τῆς ὀριζοντίας μοίρας, ἔχει τὴν κοινὴν συμπτωματολογίαν τοῦ ἔλκωτικοῦ συνδρόμου.

Τὸ κύριον καὶ χαρακτηριστικὸν σύμπτωμα εἶναι ὁ πόνος μὲ τὴν περιοδικότητά του εἰς τὸ 24ωρον καὶ εἰς τὸ ἔτος. Αἱ ἐπώδυνοι αὐταὶ κρίσεις, διαρκείας 2 — 5 ἑβδομάδων, ἐμφανίζονται συνήθως εἰς ὠρισμένας ἐποχάς, δις ἢ τρίς τοῦ ἔτους. Σπανίως εἶναι βραχύτεραι ἢ πλεον συχναί. Εἰς τὰ μὴ ἐπιπλακέντα ἔλκη ἐπακολουθεῖ περίοδος ἀπολύτου ἡρεμίας.

Ὁ πόνος εἶναι πρῶϊμος, ἐμφανιζόμενος 1—2 ὥρας μετὰ τὸ φαγητόν, διαρκείας ἡμισείας ἕως μιᾶς ὥρας, ἔχει δὲ συνήθως τὸν εἰς τέσσαρας χρόνους ρυθμὸν τοῦ Μογηίηαν: γεῦμα — ἡσυχία — πόνος — ἡσυχία. Ὁ ἄρρωστος ὑποφέρει τὴν αὐτὴν ὥραν μετὰ κάθε γεῦμα καθ' ἄλλην τὴν διάρκειαν τῆς ἐπώδυνου περιόδου καὶ σχεδὸν οὐδέποτε τὴν πρωτῶν νηστis.

Ἡ ἐντόπισις τῶν πόνων εἶναι ἀρκετὰ ὑψηλὰ παρὰ τὸ ἐπιγαστριον καὶ ἰδίως ὀπισθεν τοῦ στέρνου. Ἄντανακλῶνται πρὸς τὰ ἄνω, ἀλλὰ κυρίως ἀριστερά, ὑπὸ τὸ πλευρικὸν τόξον καὶ πρὸς τὰ ὀπισθεν, ὁπότε εἶναι καὶ χαρακτηριστικοί.

Ἡ λήψις ἀλκαλικῶν ἢ τροφῶν δὲν ἔχει πάντοτε ἄμεσον ἐπίδρασιν· οἱ πόνοι ὁμως οὔτοι ἐπηρεάζονται ἀπὸ τὴν κατάκλισιν καὶ ἐνίοτε ἀπὸ τοὺς ὑπεροξίνους ἐμέτους, τοὺς ὁποίους πολλακίς προκαλεῖ ὁ ἄρρωστος ἴνα ἀνακουφισθῇ.

Ἡ ἔντασις τῶν πόνων ποικίλλει ἀναλόγως τοῦ σταδίου ἐξελιξεως τοῦ ἔλκους. Ἀρχικῶς δὲν εἶναι καὶ τόσον ἔντονοι, ὑπάρχουν μάλιστα μεγάλα ἀκτινολογικῶς ἔλκη, κλινικῶς λανθάνοντα καὶ τυχαίως ἀνακαλυπτόμενα.

Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον οἱ πόνοι εἶναι μικρᾶς ἐντάσεως καὶ μικρᾶς διαρκείας. Ἐφ' ὅσον ὁμως τὸ ἔλκος αὐτὸ χρονίζει, ὑποσκάπτει ἐτι περισσότερον τὰ διάφορα τοιχώματα τοῦ στομάχου, τείνει πρὸς τὴν ἐξωτερικευσιν, πλησιάζον οὕτω πρὸς τοὺς κλάδους τοῦ πνευμονογαστρικοῦ, τοὺς ὁποίους, ἐρεθίζει προκαλοῦν μίαν φλεγμονὴν περισφίγγουσαν τούτους. Δημιουργεῖται τοιοῦτοτρόπως τὸ «νευρικὸν στάδιον» τοῦ ἔλκους.

Οἱ μικροὶ εἰς ἔντασιν πόνοι καθίστανται ὀξεῖς, ἐνίοτε ἀνυπόφο-

ροι, τύπου ψευδο - Tabes, άνταννακλώνται δέ σαφώς πρὸς τὸ ἀριστερόν ὑποχόνδριον καὶ τὴν ἀριστεράν ὤμοπλάτην. Πρόκειται πλέον περὶ ὀργανικῶν πόνων, οἵτινες σὺν τῷ χρόνῳ ἀποβάλλουν τὴν περιδικότητα εἰς τὸ 24ωρον, γίνονται σὺννεχεῖς, μὴ καταπραϋνόμενοι. Οἱ πόνοι αὐτοὶ δὲν ὀφείλονται πλέον εἰς τὴν ἐξέλκωσιν τοῦ βλεννογόνου, ἀλλὰ εἰς τὴν ἄμεσον προσβολὴν τῶν νεύρων. Ἐχομεν οὕτω μίαν νευρίτιδα πολυπλόκου αἰτιολογίας, μηχανικῆς, τοξικῆς, φλεγμονώδους.

Εἰς τὸ στάδιον αὐτὸ τῆς ἐξελιξεως τοῦ ἔλκουσ παρατηροῦνται τὰ συμπτώματα ἐκεῖνα, τὰ ὁποῖα ἐρμηνεύουν τὴν προσβολὴν τῶν κλάδων τοῦ πνευμονογαστρικοῦ, τὸ σύνολον τῶν ὀποίων ἀποτελεῖ τὸ βαγοτονικὸν σὺνδρομον τοῦ Loewer: ναυτίαισις, σιαλόρροια, βραδυκαρδία, ὑπὸτασις, ἐπίτασις ὀφθαλμοκαρδιακοῦ ἀνταννακλαστικοῦ.

Τὸ ὡς ἄνω σὺνδρομον παρουσιάζει ἰδιαίτερον ἐνδιαφέρον, ὅταν συνυπάρχη μὲ τὸ ἐλκωτικόν. Ἡ συνεχῆς ναυτίασις παρατηρεῖται ἰδίως εἰς τὰ ἔλκη τοῦ ἐλάσσονος τόξου τοῦ στομάχου, ἐπίμονος, ὀλόκληρον τὴν ἡμέραν, ἀρκετὰ δὲ συχνὰ πρρατηρεῖται καὶ ἡ βραδυκαρδία. Ἡ ἐξέτασις τοῦ ἀρρώστου θ' ἀποκαλύψη τὴν ὕπαρξιν ἐνὸς ἐπωδύνου σημείου παρὰ τὸ ἐπιγαστριον καὶ πρὸς τὸ ἄνω ἀριστερόν τεταρτημόριον τούτου, ὅπου δυνατόν νὰ παρατηρηθῇ μία σχετικὴ μυϊκὴ ἀντίστασις.

Ὁ καθετηριασμός τοῦ στομάχου, ἰδίως κατόπιν ἰσταμίνης, δεικνύει αὐξησιν τοῦ ὕδροχλωρικοῦ ὀξέος, μικροτέραν ἀπὸ ἐκεῖνην ἥτις παρατηρεῖται εἰς τὰ ἔλκη τοῦ δωδεκαδακτύλου, συχνὰ ὁμως ἡ γαστρικὴ ὀξύτης εἶναι φυσιολογικὴ ἢ καὶ ἡλαττωμένη. Ἡ ἔλλειψις γαστρικοῦ ὕγρου ὕποδηλοῖ ὅτι τὸ ἔλκος κεῖται μᾶλλον μακρὰν τοῦ στομίου, δηλαδὴ δὲν ὑπάρχει στάσις.

Ἡ ἀνίχνευσις τῶν μικροσκοπικῶν αἱμορραγιῶν δυνατόν ν' ἀποβῇ θετικὴ κατὰ τὰς ἐπωδύνους κρίσεις, ἀφοῦ φυσικὰ ληφθοῦν προηγουμένως αἱ συνήθεις προφυλάξεις.

ΕΞΕΛΙΞΙΣ

Ἡ ἴασις τοῦ ἔλκουσ τοῦ στομάχου εἶναι πλέον συνήθης ἀπὸ ὅτι εἰς τὰ τοῦ δωδεκαδακτύλου. Ἐν ἐναντίᾳ περιπτώσει ἡ κλασσικὴ κατὰ περιόδους ἐξέλιξις δυνατόν νὰ διακοπῇ λόγω τῆς ἐμφανίσεως ὀρισμένων ἐπιπλοκῶν, ὅπως μιᾶς γαστρορραγίας, μιᾶς διατρήσεως, μὲ τὰς ὁποίας θέλομεν ἀσχοληθῇ κατωτέρω.

Ἡ επέκτασις τοῦ σκληρυντικοῦ παράγοντος ὁδηγεῖ πρὸς τὴν ἐξωτερικευσιν καὶ ἰδίως πρὸς τὸ τυλῶδες ἔλκος, ὁπότε, ἐκτὸς τῆς τελείας μεταβολῆς τῆς κλινικῆς εἰκόνας, ἔχομεν καὶ μεταβολὴν τῶν ἀκτινολογικῶν σημείων μὲ μονίμους πλέον ἀλλοιώσεις, αἵτινες γεννοῦν διαγνωστικὰ προβλήματα μὲ τὸν καρκίνον.

Ἡ επέκτασις ἐξ ἄλλου τῆς περιγαστρίτιδος δυνατὸν νὰ καταλήξῃ εἴτε εἰς τὴν δημιουργίαν στενώσεως τοῦ πυλωροῦ εἴτε μεσογαστρικῆς στενώσεως.

Ἡ πλέον ὅμως ἐπικίνδυνος ἐξέλιξις εἶναι ἡ κακοήθης νεοπλαστικὴ ἐξαλλαγή, πλέον συχνὴ ἰδίως παρά τὴν γωνίαν καὶ τὴν ὀριζόντιον μοῖραν τοῦ ἐλάσσονος τόξου.

ΚΛΙΝΙΚΑΙ ΜΟΡΦΑΙ

Μέχρι τοῦδε ἐμελετήσαμεν τὸ ἔλκος τοῦ ἐλάσσονος τόξου τὸ μακρὰν τοῦ καρδιακοῦ καὶ πυλωρικοῦ στομίου ἐδραζόμενον. Ἄς ἴδωμεν τώρα ὠρισμένας λεπτομερείας τῶν ἐλκῶν τοῦ στομάχου ἀναλόγως τῆς ἐντοπίσεώς των.

Ἔλκος καθέτου μοίρας ἐλάσσονος τόξου: Πρόκειται συνήθως περὶ μεγάλων ἐλκῶν, τὰ ὁποῖα ὅμως ὑποχωροῦν εἰς μίαν ἔντονον θεραπευτικὴν ἀγωγὴν. Παρατηροῦνται περισσότερον εἰς τὰ ἡλικιωμένα ἄτομα μὲ προσβολὴν τῆς γενικῆς καταστάσεώς των, ὁπότε φυσικὰ αὐτομάτως ὑποπευόμεθα τὸν καρκίνον.

Εἰς τοὺς Ἀμερικανοὺς ἀλλὰ καὶ Ἀγγλοὺς συγγραφεῖς ἐπικρατεῖ ἡ ἀντίληψις, ὅτι ἡ ἱστολογικὴ ὑφὴ, ὡς πρὸς τὸν καρκίνον, μιᾶς ἐξεγκώσεως, εἶναι ἀνάλογος πρὸς τὸ μέγεθός της. Οὕτω, κατὰ τοὺς Ἀγγλοσάξονας, ὅταν ἡ διάμετρος ἐνὸς ἔλκους ὑπερβαίῃ τὰ 4 ἐκ. πρόκειται περὶ καρκίνου. Ἡ καλοήθεια ὅμως ἢ ἡ κακοήθεια μιᾶς ἐξεγκώσεως δὲν κρίνεται διὰ τοῦ ἑκατοστομέτρου. Ἐχει ἀποδειχθῆ πλέον ἢ ἅπαξ, ὅτι μεγάλαι φωλεαὶ ἦσαν καλοήθειαι καὶ ἐξηφανίσθησαν ταχύτατα, ἐνῶ ἄλλαι πολὺ μικρότεραι ὠφέλιμον εἰς πρωτοπαθῆ καρκίνον. Ἡ παρουσία ἐξ ἄλλου ἐπὶ τοῦ μείζονος τόξου καὶ ἐναντι τῆς φωλεᾶς μιᾶς σπαστικῆς ἐντομῆς συνηγορεῖ ὑπὲρ τοῦ ἔλκου, δεδομένου ὅτι αὕτη σπανιώτατα παρατηρεῖται εἰς τὸν καρκίνον.

Τὰ γιγαντιαῖα ταῦτα ἔλκη δυνατὸν νὰ ἔχουν ὀξεῖαν ἐξέλιξιν καὶ ταχεῖαν ἐξσφάνισιν, προσλαμβάνουν δὲ ἐνίοτε ἀκτινολογικῶς τὴν μορφήν ψευδοόγκου. Ἡ ἐξέλιξις των εἶναι εὐνοϊκὴ, δεδομένου ὅτι ὑποχωροῦν ἢ καὶ ἐξαφανίζονται τελείως καὶ ταχύτατα κατόπιν καταλλήλου θεραπευτικῆς ἀγωγῆς, ἰδίως πρωτεῖνοθεραπείας.

"Άλλοτε πάλιν τὰ γιγαντιαία ταῦτα ἔλκη ἐξωτερικεύονται δια-
τιτραινόμενα ἐντὸς παρακειμένου ὄργανου ὅπως τὸ ἥπαρ, τὸ πάγ-
κρεας καὶ ἀποφρασσόμενα. Εἰς τὴν μορφήν αὐτὴν οἱ πόνοι εἶναι
συνεχεῖς καὶ τὰ κλινικὰ εὐρήματα μόνιμα.

"Ἐλκος τῆς ὀριζοντίας μοίρας τοῦ ἐλάσσονος τόξου: Πρόκειται
περὶ παραπυλωρικῶν ἔλκων, τὰ ὅποια ἐδράζονται εἰς ἀπόστασιν
ὀλίγων ἑκατοστῶν ἀριστερά τοῦ πυλωροῦ. Χαρακτηρίζονται ἀπὸ
πόνους ὀψίμους ἐπερχομένους 3—5 ὥρας μετὰ τὸ φαγητόν, μικρᾶς
διαρκείας, ἀρκετὰ ἐντόνους, καταπραϋνομένους μὲ τὴν λήψιν τρο-
φῶν καὶ ἐδραζομένους παρὰ τὸ ἐπιγάστριον. Συχνάκις συνοδεύον-
ται ὑπὸ ὀψίμων, ἀφθόνων καὶ ὀξίνων ἐμέτων. Ἡ φωλεὰ εἶναι μᾶλ-
λον μικρά, ἀνακαλύπτεται δὲ μετὰ δυσκολίας, διότι συγχέεται μὲ
τὰς πτυχὰς τοῦ στομάχου. Ἐνίοτε παρατηρεῖται εἰς τὸ σημεῖον
αὐτὸ μία διακοπὴ τῶν περισταλτικῶν κινήσεων καὶ εἰς ἔκκεντρος
πυλωρός. Σπανίως εἰς τὴν χώραν ταύτην παρατηροῦνται μεγάλαι
φωλεαί, ἢ διαπίστῳσις τῶν ὁποίων σημαίνει σχεδὸν πάντοτε καρκίνον.

"Ἐλκος τοῦ πυλωρικοῦ ἰσθμοῦ: Ἡ ἐντόπιαις αὕτη ἀνευρίσκεται
εἰς ποσοστὸν 1—2%, ἢ δὲ ἔδρα ἐκλογῆς τῶν ἔλκων τούτων εἶναι ἡ
προσθία ἐπιφάνεια τοῦ πυλωροῦ. "Άλλοτε ταῦτα συνεχέοντο μὲ τὰ
ἔλκη τοῦ βολβοῦ, σήμερον ὅμως χάρις εἰς τὰς ἐν σειρᾷ ἀκτινογραφίας
διαχωρίζονται σαφῶς καὶ πρέπει νὰ διαχωρίζωνται, ἐφ' ὅσον ταῦτα,
ἐν ἀντιθέσει μὲ τὰ τοῦ δωδεκαδακτύλου, ὑπόκεινται εἰς τὴν κακοήθη
νεοπλασματικὴν ἐξαλλαγὴν.

"Ἡ συμπτωματολογία τῶν εἶναι μᾶλλον παράδοξος καὶ ποικίλη.
"Άλλοτε μὲν εἶναι ἡ τυπικὴ τοῦ ἔλκουσ. Αἱ περίοδοι ὅμως πόνων
εἶναι βραχείας διαρκείας, 5—10 ἡμερῶν, ἀλλὰ καὶ αἱ περίοδοι ἡρε-
μίας εἶναι ἀνάλογοι, μὴ ὑπερβαίνουσαι τὴν ἐβδομάδα. Σπανίως ἡ
περίοδος ἡρεμίας παρατείνεται πλέον τοῦ ἔτους, οἱ δὲ πόνοι ἐμφα-
νίζονται 3—4 ὥρας μετὰ τὸ φαγητόν, δυνατόν ὅμως νὰ εἶναι καὶ
τελείως ἄτυποι.

"Άλλοτε πάλιν ἡ ἐξέλιξις καὶ εἰς τὸ 24ωρον καὶ εἰς τὸ ἔτος
εἶναι τελείως ἄτυπος, μὲ ποικίλον ὥραριον κατὰ τὸ 24ωρον καὶ ἐξαι-
ρητικῶς βραχείας ἐπωδύνους περιόδους δύο ἢ τριῶν ἡμερῶν. Ἄξιο-
σημείωτον εἶναι ὅτι παρὰ τὴν ἔδραν τῶν, σπανιώτατα προκαλοῦν
στενωτικά φαινόμενα, μετὰ ἐξέλιξιν δὲ πολλῶν ἐτῶν μόνον τὸ 1)10
περίπου τῶν ἀρρώστων αὐτῶν καταλήγει εἰς ὀργανικὴν στένωσιν.
Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον πρόκειται περὶ παροδικῆς σπαστικῆς στενώσεως,
ἣτις ἐξαφανίζεται συγχρόνως μὲ τοὺς πόνους. Ἄλλὰ καὶ αἱ ἐπιπλο-

καί, ὅπως αἰμορραγίαι, διάτρησις, εἶναι ὀλιγώτερον συχναί ἀπὸ τὰς τῶν ἄλλων ἑλκῶν.

“Ἐλκος τοῦ καρδιακοῦ στομίου: Ἡ διάγνωσις εἶναι δυσχερὴς καὶ ὡς ἐκ τούτου συχνότατα τὸ ἑλκος δὲν ἀνευρίσκεται. Οἱ πόνοι εἶναι μικρᾶς ἐντάσεως, πρῶϊμοι, ἐμφανιζόμενοι κατὰ τὴν κατάποσιν, ὀπισθοστερνικοί, συνοδευόμενοι ὑπὸ ἐμέτων ἐνίοτε αἱματηρῶν. Γενικῶς ἡ συμπτωματολογία τῶν ἑλκῶν αὐτῶν εἶναι μᾶλλον ἀκαθόριστος, ὑποδύεται δὲ συνηθέστατα μίαν βλάβην τοῦ οἰσοφάγου.

“Ἐλκος ὀπισθίας ἐπιφανείας τοῦ στομάχου: Ὑπὸ τὸν ὄρον αὐτὸν περιλαμβάνομεν τὰ ἑλκη τὰ εὐρισκόμενα μόνον ἐπὶ τῆς ἐπιφανείας ταύτης καὶ οὐδόλως ἐπεκτεινόμενα πρὸς τὸ ἔλασσον τόξον. Τὰ ἑλκη ταῦτα θεωροῦνται ὡς σπάνια, πλην ὅμως ὁ Hillemand εἰς πρόσφατον στατιστικὴν του ἀναφέρει ἐπὶ 408 ἑλκῶν τοῦ στομάχου 48, ἥτοι 11,2% ἑδραζόμενα ἐπὶ τῆς ὀπισθίας ἐπιφανείας. Παρατηροῦνται περισσότερον εἰς τὰ ἡλικιωμένα ἄτομα καὶ ἰδίως εἰς τὸ γυναικεῖον φύλον.

Ἐκ τῆς κλινικῆς ἀπόψεως οἱ πόνοι δὲν παρουσιάζουν ἰδίους χαρακτηρισ, εἶναι μᾶλλον πρῶϊμοι, ἐμφανίζονται μετὰ τὰ γεύματα ὑπὸ μορφὴν διαξιφιστικοῦ πόνου, ἀντανακλόμενοι ὀπισθεν ἢ ἐν εἴδει ζωστήρος. Ἡ ἐξέλιξις τῶν εἶναι καὶ ἐδῶ περιοδική. Ἐάν τὸ ἑλκος αὐτὸ διατηρηθῇ καὶ ἀποφραχθῇ, τότε οἱ πόνοι εἶναι ἐξαιρετικῶς ἐντονοί, παροξυντικοί, τόσον ὥστε νὰ χρῆζον μορφίνης. Οἱ ἔμετοι εἶναι σπάνιοι, ὡς καὶ αἱ αἱματεμέσεις, αἱ ὁποῖαι ὅμως, ὅταν ὑπάρχουν, εἶναι βαρυτάτης μορφῆς καὶ κεραυνοβόλοι.

Διὰ τὴν ἀνακάλυψιν τῶν φλεῶν αὐτῶν, αἱ ὁποῖαι εἶναι συχνὰ γιγαντιαῖαι, πρέπει νὰ χορηγηθῇ ἀρχικῶς μικρὰ ποσότης βαρίου καὶ ν’ ἀποφευχθῇ ἡ τελεία πλήρωσις τοῦ στομάχου. Ἡ ἐξέτασις θὰ γίνῃ εἰς ὅλας τὰς στάσεις, ἰδίως πλαγίαν, ἐάν τὸ ἑλκος κεῖται πλησίον τοῦ ἐλάσσονος τόξου καὶ εἰς διάφορα χρονικὰ διαστήματα. Ἡ λήψις ἀκτινογραφικῶν μετὰ μίαν ἢ δύο ὥρας ἀπὸ τῆς χορηγήσεως τοῦ φαρμάκου θ’ ἀποκαλύψῃ συχνότατα μίαν μεγάλην αἰώρουμένην κηλίδα περὶ τὴν μεσότητα τῆς ὀπισθίας ἐπιφανείας τοῦ στομάχου.

“Ἐλκος τῆς προσθίας ἐπιφανείας τοῦ στομάχου: Τὰ ἑλκη ταῦτα εἶναι ἐξαιρετικῶς σπάνια. Δεδομένου ὅμως, ὅτι καὶ ἡ ἀνακάλυψις τῶν εἶναι ἐξαιρετικῶς δυσχερὴς, δὲν ἀποκλείεται ὁ ἀριθμὸς τῶν νὰ εἶναι μεγαλύτερος, καὶ οὕτω περιπτώσεις ἑλκωτικοῦ συνδρόμου ἄνευ ἀκτινολογικῶν εὐρημάτων νὰ ὀφείλωνται εἰς ἑλκος μιᾶς τοιαύτης ἐντοπίσεως.

Τὸ κύριον κλινικὸν σύμπτωμα εἶναι καὶ ἐδῶ ὁ πόνος, ἄλλοτε τυπικὸς εἰς τὸ 24ωρον καὶ τὸ ἔτος καὶ ἄλλοτε ἄτυπος. Ἐδράζεται παρὰ τὸ ἐπιγάστριον ὡς πρῶϊμος ἢ ὄπισθος. Δύο σημεῖα δυνατὸν νὰ μᾶς ὑποδείξουν τὴν ἐντόπισιν ταύτην: α) ἡ ὑψηλὴ ἀντανάκλασις μὲ πόνον ὑπὸ ἢ ὄπισθεν τῆς ξιφροειδοῦς ἀποφύσεως. β) Αἱ μεταβολαὶ τοῦ πόνου ἀναλόγως τῆς θέσεως τοῦ ἀρρώστου. Ἐνίοτε παρατηρεῖται καὶ μία προσβολὴ τῆς γενικῆς καταστάσεως, μία καταβολὴ τῶν δυνάμεων, μία ἀνορεξία. Ἀπὸ ἀπόψεως ἐξελίξεως ὁ μόνος ἰδιαῶν χαρακτήρ εἶναι, ὅτι, εἰς περίπτωσιν διατηρήσεως, αὕτη θὰ λάβῃ χώραν ἐντὸς τῆς ἐλευθέρας περιτοναϊκῆς κοιλότητος.

Ἔλκος τοῦ μείζονος τόξου τοῦ στομάχου: Εἶναι ἐξαιρετικῶς σπάνιον, ὥστε ὁ Hillebrand ἀναφέρει μόνον μίαν περίπτωσιν, ἐνῶ ἀντιθέτως ὁ Guimann ἀναφέρει πολὺ περισσοτέρας. Ἀπαιτεῖται μεγάλη προσοχὴ κατὰ τὴν ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν, διότι δυνατὸν τὸ ἔλκος νὰ ἐκληφθῇ ὡς μία περισταλτικὴ κίνησις ἢ ὡς μία ὑπερτροφικὴ πτυχὴ τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου. Τὸ μέγεθός του ποικίλλει ἀπὸ λίαν μικροῦ μέχρι γιγαντιαίας φωλεᾶς, ὅποτε αὕτη λαμβάνει σχῆμα τριγωνικόν.

Κλινικῶς ἔχομεν τὸν τυπικὸν πόνον τοῦ ἔλκουσ μὲ ἀντανάκλασιν συνήθως εἰς τὸ ἀριστερὸν ὑποχόνδριον. Ἡ ἐξέλιξις του εἶναι ἡ συνήθης τῶν ἐλκῶν. Παρουσίᾳ ὁμοῦ μιᾶς φωλεᾶς παρὰ τὸ μείζον τόξον, θὰ πρέπη πάντοτε νὰ ὑποπτευώμεθα τὸν καρκίνον. Μ' ὅλα ταῦτα ἔχουν δημοσιευθῆ ἄρκεταί περιπτώσεις καλοήθων ἐλκῶν τοῦ μείζονος τόξου, ὡς τοῦτο διεπιστώθη εἴτε χειρουργικῶς εἴτε κατόπιν τῆς θεραπευτικῆς δοκιμασίας. Ἀλλὰ καὶ ἡ κακοήθης ἐξαλλαγὴ ἐνὸς τοιούτου ἔλκουσ εἶναι δυνατή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ Η'

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΩΝ ΤΩΝ ΕΛΚΩΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ι. ΕΛΚΟΣ ΤΟΥ ΕΛΑΣΣΟΝΟΣ ΤΟΞΟΥ

Όπως και διά τὰ ἔλκη τοῦ δωδεκαδακτύλου, οὕτω καί διά τὰ τοῦ στομάχου ἡ ἀκτινολογική ἐξέτασις εἶναι πλέον ἢ ἀπαραίτητος, ἰδίως διά τὴν ἐντόπισιν. Ἡ ἀκτινολογική διάγνωσις ἐνὸς ἔλκους τοῦ ἐλάσσονος τόξου εἶναι περισσότερο εὐκόλος ἀπὸ τὴν τοῦ δωδεκαδακτύλου. Πρέπει ὅμως αὕτη νὰ ἐρευνηθῇ μετὰ μεγίστης προσοχῆς ὅλας τὰς μοίρας τοῦ στομάχου διά τὴν ἀνακάλυψιν ἐλκῶν ἀνωμάλου ἐντοπίσεως, ὅπως π. χ. ἐπὶ τῆς ὀπισθίας ἐπιφανείας, ἐπὶ τοῦ μείζονος τόξου κ.λ.π. Δέον ἐπίσης νὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν, ὅτι καί εἰς τὰ ἔλκη τοῦ στομάχου τὰ ἀκτινολογικὰ σημεῖα ἐξαφανίζονται συγχρόνως μὲ τὰ κλινικὰ τοιαῦτα, ὅταν δὲν ὑπάρχουν μόνιμοι ὀργανικαὶ ἀλλοιώσεις.

Εἰς τὰ ἔλκη τοῦ ἐλάσσονος τόξου ἡ ἀκτινολογική ἐξέτασις θὰ ἀσχοληθῇ κυρίως μὲ τέσσαρας εἰκόνας: α) τὴν φωλεάν, β) τὰς ἀλλοιώσεις τοῦ ἐλάσσονος τόξου, γ) τὰς ἀλλοιώσεις τοῦ πυλωροῦ καὶ δ) τὰς ἀλλοιώσεις τοῦ μείζονος τόξου.

α') Ἡ φωλεὰ ἀποτελεῖ καί ἐδῶ τὸ κύριον παθογνωμονικὸν σημεῖον τοῦ ἔλκους. Θὰ διακρίνωμεν εἰς τοῦτο τέσσαρα στάδια ἐξελίξεως: 1ον) τὸ ἐπιπολῆς ἔλκος, 2ον) τὸ ἐνδοτοιχωματικόν, 3ον) τὸ διατριπαινὸν καὶ 4ον) τὸ διατρηθὲν καὶ ἀποφραχθὲν ἔλκος.

1ον) Τὸ ἐπιπολῆς ἔλκος. Μὲ τὴν κατάποσιν τοῦ πρώτου βλωμοῦ κατὰ τὴν ἀκτινοσκοπικὴν ἐξέτασιν θὰ παρατηρήσωμεν, ὅτι εἰς τι σημεῖον τοῦ ἐλάσσονος τόξου τοῦ στομάχου προσκολλᾶται ὀλίγος βαριοῦχος πόλτος, σχηματιζομένης τοιοῦτοτρόπως μιᾶς μικρᾶς ἐπιπέδου κηλίδος, ἣτις ἐξαφανίζεται ἐὰν στρέψωμεν εἰς ἄλλην θέσιν τὸν ἄρρωστον. Ἡ κηλὶς αὕτη δὲν εἶναι μόνιμος, ἀλλὰ ἐξαφανίζεται αὐτομάτως. Ἐὰν ἐναντι τῆς κηλίδος ταύτης καὶ ἐπὶ τοῦ μείζονος τόξου παρατηρήσωμεν μίαν σπαστικὴν ἐντομήν (πίναξ Ε', σχ. 1), θὰ πρέπη νὰ ὑποπτευθῶμεν τὴν ὑπαρξιν ἔλκους. Εἰς τὰς ἀκτι-



6x.1



6x.2



6x.3



6x.4



6x.5



6x.6



6x.7

6x.8^a6x.8^b6x.8^c

Πίναξ Ε'

νογραφίας όμως ή είκων αύτη είναι πλέον έκδηλος (σχ. 2). “Όταν τὸ βάθος τῆς ἐξελεκώσεως είναι κάπως μεγαλύτερον, ή μικροσκοπική αύτη φωλεά είναι μόνιμος εἰς ὅλας τὰς ἀκτινογραφίας (σχ. 3).

2ον). Τὸ ἐνδοτοιχωματικὸν ἔλκος : Κατὰ τὴν φάσιν ταύτην τῆς ἐξελίξεως, τὸ ἔλκος ἔχει ὑποσκάψει ἔτι περισσότερον τὰ γαστρικὰ τοιχώματα, δὲν ἔχει ὅμως οὔτε ἐξωτερικευθῆ οὔτε καὶ εἶναι διατριταῖνον.

Εἰς τὸ ἐσωτερικὸν τοῦ μικροῦ τούτου ἐνδοτοιχωματικοῦ κρατήρος εἰσέρχεται ὁ βαριοῦχος πόλτος. Ἐκτινολογικῶς θὰ ἔχωμεν μίαν φωλεάν κωνικὴν μὲ στρογγύλην γωνίαν (σχ. 4).

Ἐάν τὸ βάθος τοῦ ἔλκους δὲν εἶναι σημαντικόν, ή σκιερὰ οὐσία δὲν θὰ παραμείνῃ ἐπὶ πολὺ ἐντὸς αὐτοῦ, ἀλλὰ ἀφοῦ πληρώσῃ τὴν ἐξέλκωσιν, ἀρχικῶς θὰ διαγράψῃ μόνον τὰ προεξέχοντα ὀριά τῆς. Ἴνα ή φωλεά παραμείνῃ μόνιμως καὶ λάβῃ τὴν χαρακτηριστικὴν τῆς ὄψιν, θὰ πρέπει ὁ στόμαχος νὰ πληρωθῆ μὲ ἀρκετὴν ποσότητα φαρκάκου.

Πέριξ τῆς φωλεᾶς ταύτης παρατηρεῖται συχνὰ ἓν εἶδος περιτοχωμάτος, τὸ ulcus—wall τῶν Γερμανῶν συγγραφέων. Τοῦτο ἐρμηνεύει εἰς μὲν τὰ παλαιὰ ἔλκη τὴν ὑποστᾶσαν σκλήρυνσιν ζώνην, ἣτις περιβάλλει τὴν φωλεάν, εἰς δὲ τὰ πρόσφατα ἔλκη τὸ περιελκωτικὸν οἶδημα. “Όταν ή φωλεά κενωθῆ ἀπὸ τὸν βαριοῦχον πόλτον, θὰ διαγράφεται μόνον ή περιφέρειά τῆς, ἐντὸς δὲ τοῦ κρατήρος θὰ διακρίνονται μερικαὶ μικραὶ σκιαί.

3ον). Τὸ διατριταῖνον ἔλκος : Τοῦτο δὲν πρέπει νὰ συγγέεται μὲ τὸ διατριθῆν, δηλαδὴ μὲ τὸ ἀνοικτὸν ἐντὸς τῆς περιτοναϊκῆς κοιλότητος.

Ἐπὶ τὸ ὄνομα διατριταῖνον ἔλκος ἐννοοῦμεν ἐκεῖνο τὸ ὁποῖον διέβρωσεν ὅλα τὰ τοιχώματα τοῦ στομάχου, ἐξωτερικευθὲν ἐντὸς μιᾶς πεπαχυσμένης πύλης, χωρὶς ὅμως καὶ νὰ ἔχη εἰσχωρήσει ἐντὸς παρακειμένου ὄργάνου.

Εἰς τὰς τυπικὰς περιπτώσεις τὸ ἔλκος αὐτὸ ἀντιπροσωπεύεται ἀπὸ μίαν εἰδικῆς μορφολογίας φωλεάν, τὴν ψευδο—ἐκκολληματώδη (σχ. 5).

Κατὰ τὴν ἀκτινοσκοπικὴν ἐξέτασιν θὰ παρατηρήσωμεν, ὅτι ὁ καταποθὲς βαριοῦχος πόλτος κατέρχεται κατὰ μῆκος τοῦ ἐλάσσονος τόξου καὶ ὅτι εἰσέρχεται ἐντὸς τῆς φωλεᾶς, τὴν ὁποῖαν πληροῖ κατὰ τὸ μᾶλλον ἢ ἥττον τελείως, ἐνῶ ή ὑπόλοιπος ποσότης ρέει πρὸς τὰ κάτω, συγκεντρωμένη εἰς τὸν ὑπόλοιπον στόμαχον.

Ἡ φωλεά λαμβάνει τὸ σχῆμα στρογγύλης ἢ ἡμι-

σφαιρικής κηλίδος κειμένης ὀλίγον ἔξωθι τοῦ ἐλάσσονος τόξου τοῦ στομάχου, μετὰ τοῦ ὁποίου συνδέεται δι' ἑνὸς μίσχου ποικίλου εὐρους. Ἡ εἰκὼν αὕτη τῆς φωλεᾶς, πλεον εὐρείας πρὸς τὸ ἔξω ἄκρον παρά πρὸς τὴν γαστρικὴν βᾶσιν τῆς, εἶναι χαρακτηριστικὴ τοῦ ἐξωτερικευθέντος ἔλκους (σχῆμα μανιταριοῦ ἢ πώματος φιάλης καμπανίτου).

Ἐάν ὁ μίσχος τῆς φωλεᾶς ταύτης δὲν ἤθελε πληρωθῆ ἀπὸ τὴν σκιερὰν οὐσίαν, θὰ παρατηρήσωμεν τότε πλησίον τοῦ ἐλάσσονος τόξου τοῦ στομάχου μίαν κηλίδα στρογγύλην, ἀνεξάρτητον, ἣτις παραμένει πεπληρωμένη καὶ μετὰ τὴν τελείαν κένωσιν τοῦ στομάχου. Εἰς ὀρθίαν θέσιν θὰ παρατηρήσωμεν ἐντὸς τῆς φωλεᾶς καὶ ὑπερθεν τοῦ ὀριζοντίου στρώματος τῆς σκιερᾶς οὐσίας ἕτερον στρώμα ἀέρος ἢ μεταξὺ τῶν δύο τούτων ἕνα ὀλιγώτερον ἀδιαφανὲς στρώμα ὀφειλόμενον εἰς τὸ γαστρικὸν ὑγρὸν (σχ. 6). Ἔχομεν οὕτω τὴν κλασσικὴν φωλεάν τοῦ Haudek, ἣτις εἶναι καὶ ἡ πρώτη περιγραφεῖσα, ἂν καὶ σήμερον σπανίως παρατηρεῖται, διότι ἐρμηνεύει προκεχωρημένον στάδιον ἐξελίξεως τῶν ἐλκῶν.

4ον). Τὸ διατηρηθὲν καὶ ἀποφραχθὲν ἔλκος: Κατὰ τὸ τελευταῖον στάδιον τῆς ἐξελίξεώς του, τὸ ἔλκος, ἀφοῦ διαβρώσῃ ὅλα τὰ τοιχώματα τοῦ στομάχου, εἰσέρχεται ἐντὸς παρακειμένου ὄργάνου, κυρίως εἰς τὸ ἥπαρ καὶ τὸ πάγκρεας, σπανιώτατα εἰς τὸν σπλῆνα, ἀπὸ τὸ ὁποῖον ὄργανον καὶ ἀποφράσσεται.

Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς ἡ φωλεὰ εἶναι μεγάλων διαστάσεων καὶ βαθεῖα, συκρατοῦσα τὴν σκιερὰν οὐσίαν καὶ μετὰ τὴν πλήρη ἐκκένωσιν τοῦ στομάχου.

Ὅταν τὸ ἔλκος αὐτὸ ἔχη εἰσχωρήσει ἐντὸς τοῦ ἥπατος, θὰ παρατηρήσωμεν ἀκτινολογικῶς, ὅτι κατὰ τὴν ἀναπνοὴν ἡ φωλεὰ κινεῖται, ἐνῶ ἐάν ἔχη εἰσχωρήσει ἐντὸς τοῦ παγκρέατος κινεῖται πολὺ ὀλιγώτερον. Εἰς περίπτωσιν ἐπίσης ἐνδοηπατικῆς φωλεᾶς, ἐάν στρέψωμεν τὸν ἄρρωστον, θὰ παρατηρήσωμεν ὅτι αὕτη ἀκολουθεῖ τὴν αὐτὴν κατεύθυνσιν οἷαν καὶ ὁ ὄμφαλός, ἐνῶ ἡ ἐνδοπαγκρεατικὴ φωλεὰ ἀκολουθεῖ τὴν ἀντίθετον τοιαύτην.

Εἰς ἄλλας περιπτώσεις ἡ φωλεὰ δὲν εἶναι μεγάλων διαστάσεων, ἀλλὰ διετρήθη ἐντὸς τοῦ παρακειμένου ὄργάνου, τὸ ὁποῖον καὶ τὴν ἀπέφραξεν. Ἀκτινολογικῶς θὰ ἔχωμεν μίαν φωλεάν ἐπιμήκη καὶ αἰχμηράν, περίξ δὲ ταύτης ἕνα μικρὸν ἀποτύπωμα τοῦ τοιχώματος τὸ ὁποῖον ἐρμηνεύει τὴν σύμφυσιν τοῦ ὄργάνου (σχ. 7).

ΕΛΚΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ



Εικών 1. Έλκος ελάχιστος τόξου κατά την περίοδο των πόνων.



Εικών 2. Μετά ένα μήνα. Έξαφάνισις των πόνων και φωλεᾶς. Παραμένει ἡ σπαστική ἔντομή τοῦ μείζονος τόξου.



Εικών 3. Φωλεᾶ ὑπερθεν τῆς γωνίας με σύγκλιση τῶν πτυχῶν.

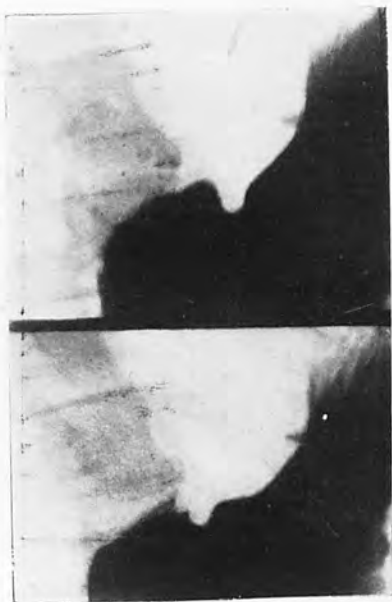


Εικών 4. Φωλεᾶ κάτωθι τῆς γωνίας, με σύγκλιση τῶν πτυχῶν καὶ ἔντομήν ἐπὶ τοῦ μείζονος τόξου.



Εικών 5. Διατετραΐνον ζέλκος ελάσσονος τόξου.





Εικών 7. Έλκος του ελάσσονος τόξου, διατηρηθὲν καὶ ἀποφραχθὲν ἐντὸς τοῦ παγκρέατος.



Εικών 8. Διατιτραίνον ἔλκος.



Εικών 9. Γιγαντιαία φωλεὰ ἐλάσσονος τόξου με ἀνωμαλίας τῶν πτυχῶν. Ἡ ἔναντι παραμόρφωσις τοῦ μείζονος τόξου ἐχαρακτηρίσθη ὡς «ἔλλειψις» λόγῳ καρκίνου.



Εικών 10. Ἐνα μῆνα μετὰ τὴν θεραπείαν. Παραμένει μικροσκοπικὴ φωλεὰ. Ἡ «ἔλλειψις» ὠφείλετο εἰς διλοβον στόμαχον λόγῳ τοῦ ἔλκους.



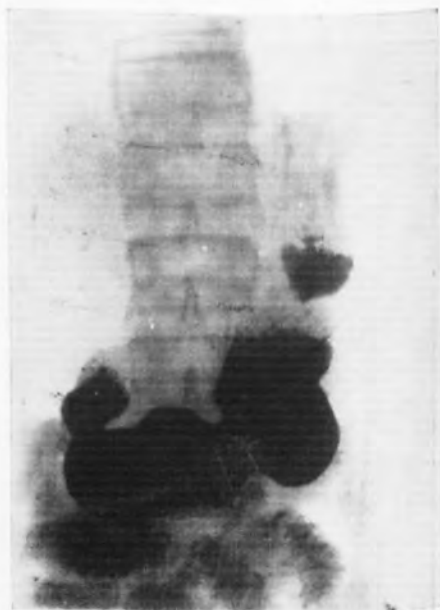
Εικών 11. Φωλεά ελάσσονος τόξου.
Εύρεια έντομή μείζονος τόξου.



Εικών 12. Έλκος ελάσσονος
τόξου με όξειαν έντομήν του
μείζονος τόξου.



Εικών 13. Έλκος όπισθίας έπιφα-
νείας στομάχου, με εύρεια έντο-
μήν του μείζονος τόξου.



Εικών 14. Αίωρουμένη μεγάλη
φωλεά της όπισθίας έπιφανείας του
στομάχου.



Εικών 15.



Εικών 16.



Εικών 17.

Εικών 15, 16, 17. 15) Γιγαντιαία φωλεά ελάσσονος τόξου 16) Μετά θεραπείαν ενός-
μηγός ούδεμία μεταβολή. Εικών τυλώδους έλκους διατιτρανομένου έντός του παγ-
κράστος 17) Λόγω μεγάλης γαστρορραγίας έπείγουσα γαστρεκτομή. Ρήξις του
έλκους έλασσου τόξου (πατολογική



Εικών 18. Διπλοῦν ἔλκος ἐλάσσονος τόξου.



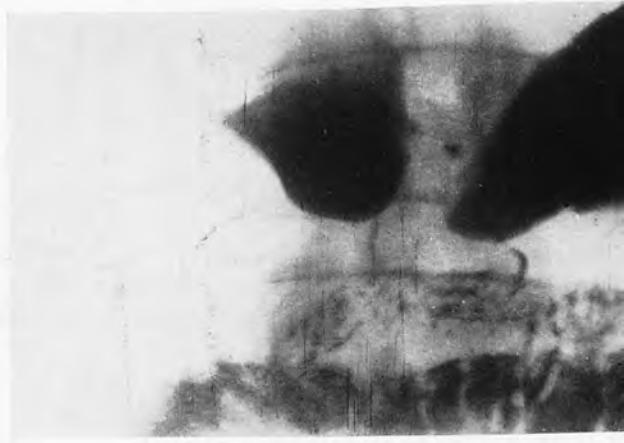
Εικών 19. Τρία ἔλκη τοῦ ἐλάσσονος τόξου, διαπιστωθέντα καὶ χειρουργικῶς.



Εικών 20. Γιγαντιαία φωλεᾶ ἐλάσσονος τόξου στομάχου, τελείως ἐξαφανισθεῖσα κατὸ πιν θεραπείας ἑνὸς μηνός.



Εικών 21. Γιγαντιαία φωλεά της πυλωρικής μοίρας, έκληφθεισα ως βολβός.



Εικών 22. Μικρά φωλεά έπιφανείας προπυλωρική μοίρας, περιβαλλομένη υπό της οίδηματώδους άλλω, ώστε να δίδη την εικόνα αίωρουμένης φωλεάς.



Εικών 23, 24. Μικρά φωλεά παρά την προπυλωρικήν μοίραν του έλάσσονος τόξου. Έκκόλπωμα κατιούσης μοίρας του δωδεκαδακτύλου.

Ἡ φωλεά—ἡ ἀκτινολογικὴ εἰκὼν τοῦ ἔλκουσ—ἀντιπροσωπεύει τὸ πραγματικὸν μέγεθος καὶ βάθος τοῦ ἔλκουσ;

Ἐν ἔλκος ἐν τῇ πραγματικότητι ἐπίπεδον, λόνω τοῦ οἰδήματος καὶ τοῦ σπασμοῦ δύναται νὰ δώσῃ ἀκτινολογικὴν εἰκόνα φαινομενικῶς βαθεῖαν, ἐνῶ ἡ ἐξέλκωσις εἶναι λίαν ἐπιπολῆς.

Κατὰ τὴν περίοδον τῶν πόνων μία φωλεά ἀποτελεῖται (σχ. 8γ): α) ἀπὸ μίαν ἐξέλκωσιν ποικίλου βάθους, β) ἀπὸ ἐν οἰδηματώδες χεῖλος, τὸ ὁποῖον αὐξάνει τὸ φαινομενικὸν βάθος, γ) ἀπὸ ἓνα σπασμὸν δακτυλιοειδῆ, ὅστις περιβάλλει τὸ ἔλκος, σχηματιζομένου τοιοῦτοτρόπως ἐνός «σπαστικοῦ φρέατος», τὸ ὁποῖον ὑπερθεν τῆς βλάβης κλείει ὅπως τὸ διάφραγμα μιᾶς φωτογραφικῆς μηχανῆς.

Τὸ σύνολον ὄλων αὐτῶν τῶν φαινομένων δημιουργεῖ τὴν ἀκτινολογικὴν εἰκόνα τῆς φωλεᾶς. Ἐξετάζοντες τὰς ἀκτινογραφίας αὐτὰς εἶναι πολλάκις ἀδύνατον νὰ διακρίνωμεν καὶ νὰ διαχωρίσωμεν τὸ ἔλκος, τὸ οἶδημα, τὸν σπασμὸν. Μόνον ἡ ἐξέλιξις τῆς εἰκόνης ταύτης ὡς καὶ ἡ θεραπευτικὴ δοκιμασία θὰ μᾶς προσδιορίσῃ τὴν συμμετοχὴν ἐκάστου τῶν στοιχείων τούτων, θὰ μᾶς ἀποκαλύψουν τὸ πραγματικὸν μέγεθος τοῦ ἔλκουσ καὶ ἰδίως θὰ ἀποσαφηνίσουν τὴν ἱστολογικὴν ὕφῃν τῆς βλάβης ταύτης. Δυνάμεθα ἐπομένως νὰ ἐπαναλάβωμεν, ὅτι ἡ ἀκτινολογικὴ εἰκὼν δὲν ἀντιπροσωπεύει οὔτε καὶ ἐρμηνεύει τὸ πραγματικὸν βάθος καὶ μέγεθος ἐνός ἔλκουσ.

Εἶναι ὅμως δυνατόν νὰ μὴ διαγραφῇ ἀκτινολογικῶς μία μ' ὅλα ταῦτα ὑπάρχουσα φωλεά ἔλκουσ. Τοῦτο παρατηρεῖται, ὅταν ὁ κρατῆρ ἔχη ἀποφραχθῆ εἴτε ἀπὸ μίαν μεγάλην φλεγμονὴν εἴτε ἀπὸ βλένναν, εἴτε ἀπὸ ἓνα θρόμβον αἵματος κατόπιν αἱμορραγίας. Αἱ περιπτώσεις ὅμως αὗται εἶναι σπάνιαι καὶ ἡ μὴ ἀπεικόνισις τῆς φωλεᾶς ἢ μᾶλλον ἡ ἐξαφάνισις τῆς ὀφείλεται εἰς τοὺς αὐτοὺς λόγους, εἰς τοὺς ὁποίους ὀφείλεται καὶ ἡ ἐξαφάνισις τῆς φωλεᾶς ἐνός δωδεκαδακτυλικοῦ ἔλκουσ.

Ὅταν ἡ φωλεά, ὅπως εἴπομεν, σχηματίζεται ἀπὸ τὴν ἐπιπολῆς ἐξέλκωσιν, ἀπὸ τὸ οἶδημα καὶ ἀπὸ τὸν δακτυλιοειδῆ σπασμὸν, φαινόμενα χαρακτηριστικὰ τῆς ἐπωδύνου περιόδου, αὕτη, ἅμα τῇ ἐξαφάνισι τῶν πόνων, θέλει ταχύτατα ἰσοπεδωθῆ λόγω τῆς συγχρόνου ἐξαφανίσεως τοῦ οἰδήματος καὶ τοῦ σπασμοῦ (σχ. 8β, 8α). Ὅταν ἐπομένως συγχρόνως μὲ τὴν ἐξαφάνισιν τῶν κλινικῶν συμπτωμάτων ἐξαφανίζεται καὶ ἡ φωλεά, τοῦτο ἀποτελεῖ πολύτιμον στοιχεῖον διὰ τὴν διαφορικὴν διάγνωσιν μετὰ τοῦ καρκίνου.

Δὲν πρέπει ὅμως νὰ λησμονῶμεν, ὅτι ἀρκετὰ συχνά, λόγω χρονίας ἐξελίξεως, δυνατόν νὰ ἐπέλθῃ καταστροφὴ τῶν γαστρικῶν τοιχωμάτων, ὅποτε ἡ ἀκτινολογικὴ εἰκὼν τῆς φωλεᾶς ταύτης ἀντιπρο-

σωπύει τὸ πραγματικὸν βάθος καὶ μέγεθος τοῦ ἔλκους. Τοῦτο παρατηρεῖται κυρίως εἰς τὰ τυλώδη ἔλκη κ.λ.π. Εἰς τὰς περιπτώσεις



6x 9



6x 10



6x 11



6x 12



6x 13



6x 14

Πίναξ ΣΤ'

αὐτὰς ἢ μελέτη καὶ τῶν ἄλλων ἀκτινολογικῶν εὐρημάτων ὡς καὶ τὰ θεραπευτικὰ ἀποτελέσματα θὰ ὑποβοηθήσουν τὴν διάγνωσιν.

Ἡ διαφορικὴ διάγνωσις μιᾶς φωλεᾶς εἶναι ἀρκετὰ εὐκο-

λος. Δέν θά πρέπη κυρίως νά ἐκλάβωμεν ὡς τοιαύτην τήν προβολήν τῆς γωνίας τοῦ Treitz ὀπισθεν τοῦ ἐλάσσονος τόξου, μίαν ἀίχμηράν ἢ στρογγύλην περισταλτικὴν κίνησιν τοῦ στομάχου, ἐν ἐκκόλπωμα κ.λ.π.

*
* *

β') Αἱ ἀλλοιώσεις τοῦ ἐλάσσονος τόξου. Κατὰ τήν διαδρομὴν ἑνὸς ἔλκουσ τοῦ ἐλάσσονος τόξου παρατηροῦνται ὠρισμέναι ἀλλοιώσεις τοῦ τόξου τούτου, αἵτινες, ὅταν μὲν συνοδεύουν τὴν φωλεάν ἐπιβεβαιοῦν τὴν διάγνωσιν, ἀλλὰ καὶ μετὰ τὴν ἐξαφάνισιν τῆς, ἢ διαπίστωσις τῶν ἀλλοιώσεων τοῦ τόξου ἀρκεῖ πολλακίς διὰ τὴν διάγνωσιν.

Τὰ ἔμμεσα ταῦτα σημεῖα εἶναι κυρίως δύο :

α) Ἡ συστολὴ ἢ βράχυνσις τοῦ ἐλάσσονος τόξου.

2) Ἡ τοιχωματικὴ ἀκαμψία. Αἱ παραμορφώσεις αὗται εἶναι ἀπότοκοι τῶν ἀνατομικῶν καὶ λειτουργικῶν ἀλλοιώσεων, αἵτινες συνοδεύουν τὸ ἔλκος.

1ον) Ἡ συστολὴ τοῦ ἐλάσσονος τόξου : Εἶναι ἀρκετὰ συχνὴ καὶ λίαν χαρακτηριστικὴ. Ἡ τοπικὴ ἐξέλκωσις ἐν τῇ ἐξελίξει τῆς ἔλκει πρὸς αὐτὴν, «ἀναρροφᾷ» οὕτως εἰπεῖν, τοὺς γειτονικοὺς ἰστούς (Πίναξ ΣΤ', σχ. 9, 10, 11).

Ἡ ἔλιξις αὕτη ἄλλοτε μὲν ἔχει ἐγκαρσίαν φοράν, καὶ ἀφορᾷ τὸ μείζον τόξον (σχ. 9), οὕτως ὥστε νά προκαλῆ ἀκόμη καὶ δίλοβον στόμαχον, ἐνῶ ἄλλοτε εἶναι κάθετος καὶ ἀφορᾷ τὸ ἔλασσον τόξον, τὸ ὁποῖον καὶ βραχύνει (σχ. 10). Καὶ ἔσον ἀφορᾷ μὲν τὸ μείζον τόξον, ἢ ἀλλοίωσις αὕτη, ἐν ἀρχῇ τοῦλάχιστον, ὀφείλεται μᾶλλον εἰς σπασμόν. Ὅσον ἀφορᾷ ὅμως τὴν ἀλλοίωσιν τοῦ ἐλάσσονος τόξου, αὕτη ὀφείλεται εἰς μίαν λεμφαγγεῖτιδα καὶ εἰς οὐλώδη ἐπεξεργασίαν.

Ἡ βράχυνσις αὕτη τοῦ ἐλάσσονος τόξου εἶναι τόσον χαρακτηριστικὴ, ὥστε νά ἐπιτρέπη τὴν διάγνωσιν τοῦ ἔλκουσ, καὶ ὅταν ἀκόμη δέν θά ὑπάρχη ἡ φωλεά, διότι οὐδεμία ἄλλη ὀργανικὴ βλάβη πλὴν τοῦ ἔλκουσ σμικρύνει τόσον τὸ ἔλασσον τόξον, ὥστε τὸ μῆκος του νά ἐλαττοῦται σημαντικῶς, μὲ ἀποτέλεσμα τὴν ἔλξιν τοῦ πυλωροῦ πρὸς τὰ ἀριστερά.

Δυνάμεθα ἐπομένως νά εἴπωμεν ὅτι : κάθε ἐλάττωσις τοῦ μήκους τοῦ ἐλάσσονος τόξου, κάθε μετακίνησις τοῦ πυλωροῦ πρὸς τὰ ἀριστερά, εἶναι παθογνωμονικὸν σημεῖον ἔλκουσ τοῦ τόξου τούτου τοῦ στομάχου. Εἰς τὴν χαρακτηριστικὴν ταύτην εἰκόνα προστίθεται

καί μία άρχομένη αύξησις τοῦ μεγέθους τοῦ πυλωρικοῦ άντρου, ὡς τοῦτο παρατηρεῖται καί κατὰ τὰς πυλωρικές στενώσεις.

Εἰς προκεχωρημένας περιπτώσεις ἢ σμίκρυνσις τοῦ ἐλάσσονος τόξου εἶναι λίαν σημαντική μὲ πυλωρόν τελείως πρὸς τὰ ἀριστερά, μὲ τὸ μείζον τόξον τοῦ πυλωρικοῦ άντρου λίαν διατεταμένον καί ἐνίοτε μὲ βολβὸν πεπλατυσμένον. Εἰς ἔτι προκεχωρημένον στάδιον ὁ στόμαχος προσλαμβάνει άσυνήθη φυσιολογίαν, δεδομένου ὅτι ὁ πυλωρὸς άνέρχεται πρὸς τὸ ὕψος τοῦ καρδιακοῦ στομίου, δίδων τὴν ἐντύπωσιν ὅτι ἔξορμᾷ ἐκ τοῦ στομίου τούτου (σχ. 11).

Ἡ βράχυνσις αὕτη τοῦ ἐλάσσονος τόξου δὲν εἶναι μόνον ἄριστον σημεῖον διὰ τὴν διάγνωσιν ἐνὸς ἔλκουσ, ἀκόμη καί ὅταν τοῦτο ἔχη ἐπουλωθῆ, ἀλλὰ εἶναι καί ἄριστον σημεῖον διὰ τὴν διαφορικήν διάγνωσιν μὲ τὸν καρκίνον. Πράγματι, μόνον τὸ ἔλκος δημιουργεῖ τοιαύτην παραμόρφωσιν, ἐνῶ ὁ καρκίνος καταστρέφει τὸ ἔλασσον τόξον, ἀλλ' οὐδέποτε τὸ σμικρύνει. Μ' ὅλα ταῦτα θὰ πρέπη νὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν, ὅτι, ἀφοῦ ἤδη ἐπήλθεν ἡ παραμόρφωσις αὕτη ἐξ ἔλκουσ, δυνατόν τοῦτο μεταγενεστέρως νὰ ὑποστῆ τὴν κακοήθη ἐξαλλαγὴν. Παρουσίᾳ ὁμως μιᾶσ τοιαύτης ἀλλοιώσεως ἐπιβάλλεται ὁπωσδήποτε ἡ χειρουργική ἐπέμβασις, καί δὴ ἡ γαστρεκτομή.

2ον). Ἡ τοιχωματική ἀκαμψία : Τὸ περίξ τοῦ ἔλκουσ τοίχωμα τοῦ στομάχου εἶναι συνήθως εὐκαμπτον καί ἐλαστικόν. Δυνατόν ὁμως ἡ εὐκαμψία αὕτη εἰς μίαν περιορισμένην ζώνην ν' ἀντικατασταθῆ ἀπὸ μίαν δυσκαμψίαν, ὁπότε εἰς τὸ σημεῖον αὐτὸ τὸ ἔλασσον τόξον ἐμφανίζεται ἄκαμπτον, αἱ δὲ περισταλτικαὶ κινήσεις διακόπτονται ὕπερθεν τῆς ζώνης ταύτης, ἵνα συνεχισθοῦν κάτωθεν αὐτῆς, ἐνίοτε ὀλιγώτερον ἔντονοι. Διὰ τὴν διαπίστωσιν τῆς μικρᾶς εἰς ἔκτασιν ἀκαμψίας δυνάμεθα νὰ μεταχειρισθῶμεν εἴτε τὴν «πολυγραφικήν μεθοδον» εἴτε τὴν τοῦ Fraenkel. Κατὰ τὴν πρώτην μέθοδον λαμβάνομεν ἐπὶ τῆς αὐτῆς ἀκτινογραφικῆς πλακὸς 4—5 ἀκτινογραφίας, οὕτως ὥστε νὰ διαπιστώσωμεν ἐάν ὑπάρχη ἢ ὄχι ἀλλαγὴ εἰς τὰ περισταλτικὰ κύματα. Ὑπὸ φυσιολογικᾶς συνθήκας θὰ παρατηρήσωμεν πολλαπλᾶ κύματα, τὰ ὁποῖα κατέχουν διάφορον θέσιν ἐπὶ τῆς αὐτῆς πλακὸς, ἐνῶ εἰς τὴν ἀντίθετον περίπτωσιν δὲν θὰ παρατηρήσωμεν τοιαῦτα κύματα ἐπὶ τῆς παθολογικῆς χώρας. Τὸ αὐτὸ ἀποτέλεσμα ἐπιτυγχάνομεν καί μὲ τὴν λήψιν διαδοχικῶν ἀκτινογραφιῶν, τὰς ὁποίας ἐν συνεχείᾳ ἐξετάζομεν θέτοντες τὴν μίαν ἐπὶ τῆς ἄλλης, ὁπότε θὰ παρατηρήσωμεν ὅτι ἡ πάσχουσα περιοχὴ εἶναι ἀκίνητος, ἐνῶ ὕπερθεν καί κάτωθεν ταύτης διακρίνονται τὰ διάφορα περισταλτικὰ κύματα (σημεῖον τοῦ Fraenkel—σχ. 12).

Ἡ ἀκαμψία αὕτη — σημεῖον λειτουργικόν — συνοδεύεται ἀρκετὰ συχνὰ ἀπὸ τὴν εὐθυγράμμισιν τμήματος τοῦ ἐλάσσονος τόξου, ἥτις παρατηρεῖται κυρίως ὅταν μία μικρὰ καὶ ἐπιπολῆς ἐξέλκωσις δὲν προβάλλῃ ὡς φωλεὰ, ἀλλὰ καὶ ἥτις δυνατὸν νὰ ἐρμηνεύῃ τὸ ὑπόλειμμα λαθέντος ἔλκουσ. Εἶναι ἐπομένως ἓν σημεῖον ὄργανικόν.

Εἰς τὸ σχῆμα 13 ἡ εὐθυγράμμισις τοῦ ἐλάσσονος τόξου εἶναι σαφής, ἐνῶ εἰς τὸ σχῆμα 14 διακρίνεται μία μικρὰ εὐθυγράμμισις μετὰ διατήρησιν τῶν περισταλτικῶν κινήσεων ὑπερθεν καὶ κάτωθεν αὐτῆς. Εἰς τὸ κέντρον καὶ τῶν δύο σχημάτων διακρίνεται ἡ φωλεὰ. Γενικῶς ἡ εἰκὼν αὕτη δημιουργεῖ διαγνωστικὰ προβλήματα μετὰ τὸν καρκίνον τοῦ στομάχου.

*
* *

γ) Αἱ ἀλλοιώσεις τοῦ πυλωρικοῦ ἄντρου καὶ τοῦ πυλωροῦ: Ἐν ἔλκος τοῦ ἐλάσσονος τόξου τοῦ στομάχου δύναται νὰ προκαλέσῃ λειτουργικὰς καὶ ὄργανικὰς ἀλλοιώσεις τοῦ πυλωροῦ καὶ ἐπομένως νὰ διαταράξῃ αὐτὴν ταύτην τὴν ἐκκένωσιν τοῦ στομάχου.

Λόγῳ τῶν προαναφερθεῖσων ἀλλοιώσεων τοῦ ἐλάσσονος τόξου, ἦτοι τὴν σμικρυνσιν τούτου καὶ τὴν μετακίνησιν τοῦ πυλωροῦ πρὸς τὰ ἀριστερά, δύναται νὰ προκληθῇ μία μερική ἢ καὶ πλήρης στένωσις τοῦ πυλωροῦ. Εἰς τὸ μηχανικόν αὐτὸ ἐμπόδιον προστίθεται καὶ εἰς σπασμὸς τοῦ πυλωροῦ, εἴτε παροδικὸς εἴτε μόνιμος, ὅποτε δημιουργεῖται μία χαρακτηριστικὴ εἰκὼν (Πίναξ Ζ' σχ. 15). Τὸ ἔλασσον τόξον εἶναι βραχύ, ὁ πυλωρὸς μετακινούμενος πρὸς τ' ἀριστερὰ ἔλκεται πρὸς τοῦτο, ἡ δὲ μοῖρα τοῦ στομάχου ἡ εὐρισκομένη ὑπὸ τὸν πυλωρὸν διατείνεται καὶ μετακινεῖται πρὸς τὰ δεξιὰ ἐν εἶδει «ξυλοπεδίλου». Ὡς ἐκ τούτου ἡ ἐκκένωσις τοῦ στομάχου δυσχεραίνεται, μετὰ ἀποτέλεσμα τὴν αὔξησιν τῶν περισταλτικῶν κινήσεων. Αἱ τροφαὶ ἀντὶ νὰ προωθοῦνται, ὡς ἔδει, πρὸς τὸν πυλωρὸν, κατευθύνονται πρὸς τὸ πυλωρικὸν ἄντρον.

Εἰς περίπτωσιν περισπλαγχνίτιδος δυσχεραίνεται ἔτι περισσότερον ἡ ἐκκένωσις. Ἄλλὰ καὶ ἡ συνύπαρξις δύο ἐλκῶν, ἐνός ἐπὶ τοῦ ἐλάσσονος καὶ ἐτέρου ἐπὶ τοῦ πυλωροῦ, δύναται νὰ προκαλέσῃ ἔτι ἐκσεσημασμένην στένωσιν.

Συχνὰ, λόγῳ τῆς γαστρίτιδος, ἥτις ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον συνοδεύει ἓν ἔλκος, παρατηρεῖται μία ὑπερτροφία τοῦ βλεννογόνου, ἥτις ἐκδηλοῦται διὰ τῆς παχύνσεως καὶ τῆς ἐλαττώσεως τοῦ ἀριθμοῦ τῶν πτυχῶν.

Ἄλλοτε πάλιν παρατηροῦνται ψευδονοπλασματικὰ ἀλλοιώ-

σεις τοῦ πυλωρικοῦ ἄντρου. Αἱ λειτουργικαὶ αὗται ἀλλοιώσεις δίδουν ψευδεῖς εἰκόνας νεοπλασματος, αἵτινες ἀνευρίσκονται εἰς



6x.15



6x.16



6x.17



6x.18



6x.19



6x.20



6x.21



6x.22



6x.23

6x.24^a6x.24^b

Πίναξ Ζ'

ἄλλας τὰς ἀκτινογραφίας, ἂν καὶ παρουσιάζουν ἐλαφρὰς διαφορὰς ἴσον ἀφορᾷ τὴν ἔκτασίν των καὶ ὠρισμένης λεπτομερείας.

Πράγματι, ἐπὶ τῶν ἀκτινογραφιῶν αὐτῶν παρατηροῦμεν, ὅτι ἡ

χώρα αὕτη δὲν πληροῦται καλῶς, ὅτι ὁ οἰδηματώδης βλεννογόνος δὲν διαγράφεται σαφῶς, ὡς καὶ ὁ πυλωρός, τὰ ὄρια τοῦ ὁποῖου εἶναι ἀσαφῆ, ὅτι οὗτος φλεγμαίνει καὶ ἐμφανίζει μόνιμον σπασμόν. Ὡς ἐκ τούτου ἡ ἐκκένωσις τοῦ στομάχου δυσχεραίνεται. Δημιουργεῖται τοιούτοτρόπως ἡ ὑπόνοια ἑνὸς καρκίνου, ἐνῶ ἐν τῇ πραγματικότητι πρόκειται περὶ μιᾶς πυλωροαντρίτιδος. Ἡ εἰκὼν αὕτη ἀποκτᾷ ἰδιάζουσαν διαγνωστικὴν σημασίαν, δεδομένου ὅτι ὑπογραμμίζει τὴν ὑπαρξιν ἑνὸς ἔλκουσ τοῦ ἐλάσσονος τόξου, ἀκόμη καὶ ὅταν τοῦτο δὲν διακρίνεται εἴτε λόγῳ θέσεως εἴτε λόγῳ τοῦ μικροῦ μεγέθους του.

Ἄλλὰ καὶ ἄλλοι παράγοντες δυσχεραίνουν τὴν ἐκκένωσιν τοῦ στομάχου. Ἄφ' ἑνὸς εἰς ἐπιπρόσθετος σπασμός τοῦ ἄντρου καὶ τοῦ πυλωροῦ, ἀφ' ἑτέρου ἡ διακοπὴ τῶν περισταλτικῶν κινήσεων παρά τὴν θέσιν τοῦ ἔλκουσ. Ἐν τοιαύτῃ περιπτώσει αὗται συνεχίζονται κάτωθεν αὐτοῦ, ὀλιγώτερον ὅμως ἔντονοι, ὀλιγώτερον συγχρονισμένοι καὶ ἐπομένως ὀλιγώτερον ἀποδοτικοί. Ἡ φλεγμονὴ αὕτη, προσβάλλουσα ἐπὶ πλέον τὰ νεῦρα τοῦ στομάχου, προκαλεῖ λειτουργικὴν διαταραχὴν τοῦ πυλωροῦ, μὲ ἀποτέλεσμα μίαν δυσαρμονίαν μεταξὺ τῶν περισταλτικῶν κινήσεων καὶ τῆς λειτουργίας τούτου, ὁπότε φυσικὰ θὰ διαταραχθῆ καὶ ἡ φυσιολογικὴ ἐκκένωσις τοῦ στομάχου.

Περιληπτικῶς ἐπομένως δυνάμεθα νὰ εἴπωμεν, ὅτι αἱ πολύπλοκα αὗται ἀλλοιώσεις τοῦ πυλωρικοῦ ἄντρου γεννοῦν μὲν ὑπόνοιαν διὰ καρκίνον, ὑποδηλοῦν ὅμως κυρίως τὴν ὑπαρξιν ἔλκουσ τοῦ ἐλάσσονος τόξου ὑπερθεν τοῦ πυλωροῦ καὶ τὸ ὁποῖον δέον ν' ἀναζητηθῆ.

*
**

δ) Αἱ ἀλλοιώσεις τοῦ μείζονος τόξου. Ἄν καὶ τὸ ἔλκος τοῦ ἐλάσσονος τόξου εἶναι συχνότερον εἰς τοὺς ἄνδρας, ἐν τούτοις αἱ ἀλλοιώσεις τοῦ μείζονος τόξου αἱ καταλήγουσαι εἰς διλόβωσιν εἶναι σπάνιαι, ἐνῶ εἰς τὰς γυναῖκας ἡ παραμόρφωσις αὕτη εἶναι συχνοτάτη. Οὕτως ἐπὶ 42 περιπτώσεων διλόβου στομάχου, τὰς ὁποίας παρετήρησεν ὁ Gosset, αἱ δύο μόνον ἀφεῶρων ἄνδρας. Ἐπὶ 100 γυναικῶν μὲ ἔλκος τοῦ ἐλάσσονος τόξου, αἱ 35 εἶχον διλοβον στόμαχον. Ἡ διαπίστωσις μιᾶς τοιαύτης παραμορφώσεως εἰς τοὺς ἄνδρας δύναται φυσικὰ νὰ ὀφείλεται καὶ εἰς ἔλκος, ἀλλὰ εἶναι πάντοτε ὑποπτος· θ' ἀναζητοῦμεν τὴν συφιλίδα καὶ θὰ σκεπτώμεθα τὸν καρκίνον.

Αἱ κυριώτεραι ἀλλοιώσεις τοῦ μείζονος τόξου, αἵτινες παρατηροῦνται κατὰ τὴν ἐξέλιξιν ἑνὸς ἔλκουσ τοῦ ἐλάσσονος τόξου, εἶναι αἱ ἐξῆς:

1ον) Ἡ διαλείπουσα σπαστική έντομή. (Πίναξ Ζ', σχ. 16). Παρά τὸ μείζον τόξον καὶ πάντοτε εἰς τὴν αὐτὴν θέσιν, παρατηροῦμεν, ὅταν ὁ ἄρρωστος ἐξετάζεται κυρίως εἰς ὀρθίαν θέσιν, ἓνα σπασμὸν έντετοπισμένον καὶ τοῦ αὐτοῦ σχήματος, ὡς μίαν ὀξεῖαν ένδογαστρικήν έντομήν, διαλείποντα καὶ μὴ μετακινούμενον, ὅπως λ.χ. αἱ έντομαὶ ἄς προκαλεῖ εἰς ὑπερκινητικὸς στόμαχος. Ὅταν ἡ διαλείπουσα αὕτη σπαστικὴ έντομὴ συνυπάρχη μὲ έν τυπικὸν ἐλκωτικὸν σύνδρομον ἀποκτᾷ μεγάλην διαγνωστικὴν ἀξίαν, ἄλλως δυνατόν νὰ ὀφείλεται καὶ εἰς μίαν χολοκυστίτιδα, σκωληκοειδίτιδα κ.λ.π.

2ον) Ἡ ψευδοστενωτικὴ καὶ ἐπίμονος σπαστικὴ διλόβωσις (σχ. 17, 18). Ἡ μόνιμος παραμόρφωσις τοῦ μείζονος τόξου χωρίζει τὸν στόμαχον εἰς δύο μοίρας, ἀφίνουσα κατὰ μήκος τοῦ ἐλάσσονος τόξου μίαν κατὰ τὸ μάλλον ἢ ἥττον στενὴν διάβασιν. Ἐχομεν οὕτω τὸ σχῆμα ἐνὸς Β, οὕτως ὥστε ἡ δημιουργουμένη έντύπωσις εἶναι, ὅτι τὸ μείζον τόξον προσεδέθη πρὸς τὸ ἐλασσον πρὸς τὸ ὅποιον καὶ ἔλκεται.

Ὅταν διακρίνεται ἡ φωλεὰ ἐπὶ τοῦ ἐλάσσονος τόξου αὕτη θὰ εὐρίσκεται εἴτε ἀκριβῶς ἔνσωντὶ τῆς έντομῆς, εἴτε ὀλίγον ὑπερδεν ταύτης, οὐδέποτε κάτωθεν αὐτῆς.

Ἡ μεταξὺ τῶν δύο τούτων θυλάκων διάβασις εἶναι περιορισμένη εἰς εὖρος. Κατὰ τὴν ἀκτινοσκόπησιν θὰ παρατηρήσωμεν ὅτι ὁ βαριοῦχος πόλτος πίπτει εἰς τὸν ἄνω θύλακα καὶ εὐθὺς ἀμέσως ἢ μὲ ἐλαχίστην στάσιν κατέρχεται πρὸς τὸν κάτω θύλακον (σχ. 18). Τοῦτο ἀποτελεῖ ἄριστον διαφορικὸν σημεῖον μὲ τὴν ὀργανικὴν διλόβωσιν.

Ὑπὸ τὴν ἐπίδρασιν ἀντισπασμωδικῶν, ὅπως ἀτροπίνης, παπαβερίνης κλπ., ἡ παραμόρφωσις αὕτη δυνατόν νὰ ἐξαφανισθῆ, ὅπως τοῦτο παρατηρεῖται ἐπίσης κατὰ τὴν νάρκωσιν, ὁπότε καὶ δὲν ἀνευρίσκεται κατὰ τὴν ἐγχείρησιν.

3ον) Ἡ εὐρεῖα σπαστικὴ διλόβωσις (σχ. 19, 20). Εἰς τινὰς περιπτώσεις καὶ ἄνευ παραμορφώσεως τοῦ ἐλάσσονος τόξου παρατηρεῖται ἐπὶ τοῦ μείζονος τόξου μία οὐχὶ ὀξεῖα, ἀλλὰ εὐρεῖα έντομὴ μὲ ἐλάχιστα περιορισμένην διάβασιν. Ἡ εὐρεῖα αὕτη έντομὴ εἶναι πλέον μόνιμος, ἐπηρεάζεται ὀλιγώτερον ἀπὸ ἀντισπασμωδικὰ καὶ συνήθως παρατηρεῖται εἰς παλαιότερα ἔλκη. Ἐρμηνεύει μίαν ἐνδιάμεσον κατάστασιν μεταξὺ τῆς ὀργανικῆς καὶ σπαστικῆς διλοβώσεως καὶ ὀφείλεται εἰς μυϊκὰς ἀλλοιώσεις.

II. ΔΙΛΟΒΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΣ

Ἡ ὀργανικὴ διλόβωσις τοῦ στομάχου ὀφείλεται εἰς τὴν στένωσιν τοῦ εὔρους του μεταξύ τοῦ καρδιακοῦ στομίου καὶ τοῦ πυλωροῦ. Πρόκειται περὶ κεντρικῆς μεσογαστρικῆς στενώσεως, ἥτις χωρίζει τὸν στόμαχον εἰς δύο μοῖρας. Ἡ συχνότης τοῦ διλόβου τούτου στομάχου ἐξ ἔλκους ἀνέρχεται εἰς 6% περίπου.

Ἡ κατάστασις αὕτη δυνατὸν νὰ εἶναι συγγενῆς ἢ ἐπίκτητος. Ὡς συγγενῆς ἀνωμαλία εἶναι ἐξαιρετικῶς σπανία, ὡς ἐπίκτητος δὲ δυνατὸν νὰ εἶναι ὀργανικὴ, σπαστικὴ ἐνδογενοῦς φύσεως, σπαστικὴ ἐξωγαστρικῆς φύσεως καὶ ψευδοδιλόβωσις.

Τὰ κυριώτερα αἷτια ἐνὸς διλόβου στομάχου εἶναι: α) τὸ ἔλκος τοῦ ἐλάσσονος τόξου, β) ὁ καρκίνος τοῦ στομάχου καὶ γ) ἡ σύφιλις τοῦ στομάχου.

Τὰ ἐξωγαστρικὰ ἢ ἐξ ἀντανάκλασεως αἷτια δυνατὸν νὰ ὀφείλωνται εἰς ἔλκος τοῦ δωδεκαδακτύλου, εἰς χολοκυστίτιδα, εἰς σκωληκοειδίτιδα, ἐνίοτε δὲ καὶ εἰς καθαρῶς νευρικοὺς παράγοντας. Ἐπίσης μία περιγαστρίτις δυνατὸν νὰ δημιουργήσῃ διλόβον στόμαχον, ἢ πίεσις δὲ ἐξωγαστρικοῦ τινος ὄγκου νὰ ὑποδυθῇ μίαν τοιαύτην παραμόρφωσιν. Ἡ χρῆσις ὡσαύτως ὠρισμένων φαρμάκων ἢ καυστικῶν ὑγρῶν δημιουργεῖ σπαστικὸν διλόβον στόμαχον, ὅπως ἐπίσης ἡ χρονία δηλητηρίασις ἐκ μορφίνης ἢ μολύβδου.

Κατωτέρω θὰ μελετήσωμεν τὰ τρία κύρια αἷτια τῆς ὀργανικῆς διλοβώσεως.

α) Διλόβωσις ἐξ ἔλκους τοῦ ἐλάσσονος τόξου (Πίναξ Ζ', σ.χ.21).

Ἡ μεσογαστρικὴ αὕτη στένωσις ἐπιπέκει τὴν ἐξέλιξιν τοῦ ἔλκους τούτου, ἀλλὰ καὶ ἐνὸς ἐδραζομένου ἐπὶ τῆς ὀπισθίας ἐπιφανείας παρὰ τὸ ἔλασσον τόξον ἢ τὸ μέσον τριτημόριον τοῦ στομάχου. Κατὰ τὸν Lion τὰ 95% τῶν περιπτώσεων διλόβου στομάχου ὀφείλονται εἰς ἔλκος. Ἡ μεσογαστρικὴ στένωσις ὀφείλεται εἰς τὸ ἔλκος, εἰς τὸν σπασμὸν, εἰς τὴν οὐλώδη ἔλξιν μετὰ περιγαστρίτιδος καὶ παρατηρεῖται κυρίως εἰς τὴν γυναῖκα. Παλαιότερον παρατηρεῖτο συχνά, σήμερον ὅμως χάρις εἰς τὰς πρῶτους ἀκτινολογικὰς ἐξετάσεις ἀποφεύγεται ἡ ἐπιπλοκὴ αὕτη λόγω ἐγκαίρου χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως.

Ὁ στόμαχος χωρίζεται εἰς δύο θύλακας διὰ μιᾶς ἐστενωμένης μοῖρας εὐρισκομένης περὶ τὸ μέσον ἢ περὶ τὸ σημεῖον ἐνώσεως τῶν ἄνω δύο τριτημορίων μετὰ τοῦ κάτω. Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ὁ ἄνω θύλαξ εἶναι πολὺ μεγαλύτερος καὶ διατεταμένος ὑπὸ τῶν ὑγρῶν καὶ ἀερίων, οὕτως ὥστε νὰ πίπτῃ ἐπὶ τοῦ μικροτέρου κάτω θύλακος.

Κλινικῶς ὁ δίλοβος οὔτος στόμαχος ἐκδηλοῦται 10—20 ἔτη μετὰ τὴν εἰσβολὴν τῆς νόσου. Οἱ πόνοι εἶναι καθημερινοί, παροξυντικοί, σχετικῶς ὀψιμοί, μὴ καταπραυνόμενοι ὑπὸ τῶν ἀλκαλικῶν. Οἱ χαρακτῆρες τῶν ποικίλλουν ἀπὸ τοῦ ἐπωδύνου βάρους μέχρις ἐξαιρετικῶς ἐντόνων. Οἱ τροφῶδεις ἔμετοι εἶναι συχνοί καὶ αἱ αἵματεμέσεις οὐχὶ σπάνιαι. Λόγῳ περιορισμοῦ τῆς τροφῆς ἐπέρχεται ταχεῖα ἀπίσχνανσις καὶ καταβολὴ τῶν δυνάμεων.

Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις εἶναι ἀποκαλυπτικὴ. Εἰς τὰς τυπικὰς περιπτώσεις θὰ παρατηρήσωμεν, ὅτι ὁ βαριοῦχος πόλτος συγκεντροῦται ἀρχικῶς εἰς τὸν ἄνω καὶ μὲ διατεταμένον πυθμένα θύλακα, ἐν συνεχείᾳ δὲ ρεεῖ βραδέως πρὸς τὸν κατὰ τὸ ἥμισυ πληρωθέντα κάτω θύλακα. Δεξιὰ τοῦ ἄνω θύλακος καὶ παρὰ τὸ ἔλασσον τόξον παρατηρεῖται εἰς ἀνώμαλος καὶ ἔκκεντρος ἰσθμὸς διὰ τοῦ ὁποῦοῦ δυσκόλως διέρχεται τὸ βάριον, ὅπερ διαγράφει συνήθως τὴν ἐκεῖ ὑπάρχουσαν φωλεάν ἔλκους πρὶν ἢ κατέλθῃ εἰς τὸν κάτω θύλακα. Ἐχομεν τοιουτοτρόπως δύο ἐπίπεδα, εἶναι δὲ ἀδύνατον νὰ ἀπωθήσωμεν τὸ περιεχόμενον τοῦ κάτω θύλακος ἐντὸς τοῦ ἄνω. Ἡ εἰκὼν αὕτη εἶναι μόνιμος καὶ δὲν ἐπηρεάζεται ἀπὸ ἀντισπασμωδικά. Ἡ διλόβωσις ἔχει δημιουργηθῆ εἰς βάρος τοῦ μείζονος τόξου, ἐνῶ τὸ ἔλασσον οὐδόλως ἔχει μετακινηθῆ.

β) Διλόβωσις ἐκ καρκίνου τοῦ στομάχου (σχ. 22). Εἰς τὴν δημιουργίαν διλόβου στομάχου ὁ καρκίνος ἔρχεται δεύτερος εἰς συχνότητα. Ἡ διλόβωσις αὕτη εἶναι μεσογαστρικὴ καὶ ἀνευρίσκεται εἰς ποσοστὸν 1% περίπου ὄλων τῶν περιπτώσεων τοῦ διλόβου στομάχου. Ἡ διαφορικὴ διάγνωσις μὲ τὴν ἐξ ἔλκους εἶναι εὐκόλος. Ἀκτινολογικῶς θὰ παρατηρήσωμεν δύο θύλακας συγκοινωνοῦντας δι' ἐνὸς εὐρέος ἰσθμοῦ, οὕτως ὥστε ὁ κάτω θύλαξ νὰ πληροῦται ταχύτατα ὑπὸ τοῦ βαριοῦχος πόλτου. Τὰ ὄρια τοῦ ἰσθμοῦ τούτου εἶναι ἀνώμαλα καὶ ὀδοντωτά. Ὁ ἰσθμὸς οὔτος εἶναι κεντρικὸς, ἀμφότερα δὲ τὰ τόξα τοῦ στομάχου ἔχουν προσβληθῆ, καὶ τοῦτο διότι ἐνῶ ἡ λόγῳ ἔλκους διλόβωσις δημιουργεῖται εἰς βάρος τῶν ὑγιῶν ἰσθῶν, οἵτινες ἔλκονται πρὸς τοὺς προσβληθέντας, ἡ ἐκ καρκίνου στένωσις ἔχει δημιουργηθῆ ὡς νὰ ἐλαξεύθῃ ἐντὸς τοῦ καρκινωματώδους ἰστοῦ. Ὁ ὑπερθεν τῆς στενώσεως θύλαξ ἐλάχιστα διατείνεται λόγῳ τῆς καρκινωματώδους διηθήσεως τῶν τοιχωμάτων τοῦ στομάχου, εἰκὼν ἥτις ἀντιτίθεται πρὸς τὴν ἐξ ἔλκους διλόβωσιν, ὅπου παρατηρεῖται ἡ ἐν εἴδει Β παραμόρφωσις.

γ) Διλόβωσις ἐκ συφιλίδος. Τὸ αἷτιον τοῦτο θεωρεῖται ὡς τρίτον κατὰ σειρὰν συχνότητος διὰ τὴν δημιουργίαν διλόβου στομάχου.

Εἰς τὴν περίπτωσιν ταύτην ὁ στόμαχος λαμβάνει τὸ σχῆμα «κλεψύδρας», λόγω ὑπερπλασίας τῶν τοιχωμάτων ἐν εἴδει χοάνης, ἰδίως παρὰ τὸν ἄνω θύλακα. Τὰ ὄρια τῆς ἐστενωμένης μοίρας εἶναι ὀμαλά, συμπεριλαμβάνονται δὲ ἀμφότερα τὰ τόξα τοῦ στομάχου. Καὶ ἐδῶ λόγω τῆς εἰδικῆς φλεγμονῆς καὶ ὑπερπλασίας ὁ ἄνω θύλαξ δὲν διατείνεται ὅσον εἰς περίπτωσιν ἔλκου.

Ἐκτὸς τῶν ὡς ἄνω ὀργανικῶν διλοβώσεων, ὑπάρχει καὶ μικρὸν τι ποσοστὸν ὀφειλόμενον εἰς διάφορα αἷτια. Οὕτως ἀντανεκλαστικῶς δημιουργοῦν διλοβὸν στόμαχον μία χρονία σκωληκοειδίτις, μία χρονία χολοκυστίτις, ἐν ἔλκος τοῦ δωδεκαδακτύλου, μία σαλπινγίτις κ.ο.κ. Πρόκειται περὶ προσωρινῆς παραμορφώσεως, ἥτις ἐξαφανίζεται εἴτε κατὰ τὴν αὐτὴν ἐξέτασιν εἴτε μεταγενεστέρως.

Ψευδοδιλοβὸν στόμαχον δύνανται ἐπίσης νὰ δημιουργήσουν μία γαστροπέπσις ἢ ἀτονία τῶν τοιχωμάτων τοῦ στομάχου, ἥτις ὁμως παραμόρφωσις ἐξαφανίζεται ἀναλόγως τῆς στάσεως τοῦ ἀρρώστου κατὰ τὴν ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν. Ἐπίσης, ἂν καὶ σπανίως, εἷς καταρρακτοειδῆς στόμαχος δύναται νὰ δώσῃ τὴν ἐντύπωσιν μιᾶς ὀργανικῆς διλοβώσεως. Εἰς ὅλας αὐτάς τὰς περιπτώσεις ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις δεόν νὰ ἀναζητήσῃ τὸ σχῆμα καὶ τὸ μέγεθος τῶν δύο θυλάκων, τὸ σχῆμα καὶ τὸν βαθμὸν τῆς μεσογαστρικῆς στενώσεως, μίαν ὀργανικὴν βλάβην, ὅπως ἔλκος ἢ καρκίνον, μίαν συμφυτικὴν κατάστασιν.

Διὰ τὴν διαφορικὴν διάγνωσιν μεταξὺ σπαστικῆς καὶ ὀργανικῆς διλοβώσεως τοῦ στομάχου ἐξαιρετικῶς χρήσιμος ἀποβαίνει ἡ μελέτη τῶν πτυχῶν. Πρὸς τοῦτο θὰ χορηγήσωμεν ἐν εἰδικὸν παχύρρευστον μίγμα ἐκ βαρίου καὶ κρόκων ὠοῦ, θὰ χρησιμοποιήσωμεν δὲ ἑλαφρὰν συμπέσις, ὅπως εἷς τινὰς περιπτώσεις δωδεκαδακτυλικοῦ ἔλκου.

Ἐάν ἡ διλοβώσις ὀφείλεται εἰς σπασμὸν, θὰ παρατηρήσωμεν παρὰ τὸ σημεῖον τῆς στενώσεως, ὅτι αἱ πτυχαὶ δὲν διακόπτονται ἀλλὰ ἀπὼθροῦνται φυσιολογικῶς πρὸς τὸ ἑλασσον τόξον (σχ. 24α). Ἐάν ἀντιθέτως ἡ διλοβώσις ὀφείλεται εἰς ὀργανικὸν αἷτιον, αἱ παρὰ τὴν ἐστενωμένην μοῖραν τοῦ στομάχου πτυχαὶ ὑφίστανται μίαν στρέβλωσιν (σχ. 24β).

Αἱ προηγουμένως μελετηθεῖσαι ἀλλοιώσεις τοῦ μείζονος τόξου τοῦ στομάχου δὲν συνοδεύουν πάντοτε καὶ ἀπαραιτήτως ἐν ἔλκος τοῦ ἐλάσσονος τόξου. Συχνότατα καὶ ἐπὶ ἔτη τὸ ἔλκος αὐτὸ ἐξελίσσεται ἄνευ οὐδεμιᾶς παραμορφώσεως τοῦ μείζονος τόξου. Εἶναι ὅμως ἐπίσης γεγονὸς ἀναμφισβήτητον, ὅτι αἱ παραμορφώσεις αὗται εἶναι ἀρκετὰ συχναὶ καὶ μεγίστης σημασίας, δεδομένου ὅτι ἡ διαπίστωσις τῶν ποικίλων αὐτῶν ἐντομῶν βοηθεῖ τὰ μέγιστα τὴν διάγνω-

σιν ἑνὸς ἔλκουσ, ἐφ' ὅσον σπανιώτατα ἀπαντῶνται εἰς ἄλλας παθήσεις. Ἡ παρουσία των δέον νά μᾶς παρακινήσῃ εἰς τήν ἀναζήτησιν τοῦ ἔλκουσ.

Εἰς τὰ ἔλκη τῆς ὀριζοντίας μοίρας τοῦ ἐλάσσονος τόξου σπανίως παρατηρεῖται σπαστική ἐντομή τοῦ μείζονος τόξου. Ἡ μελέτη ἐξ ἄλλου τῶν πτυχῶν τῆς χώρας ταύτης δεικνύει ὅτι αὐται συγκλίνουν πρὸς τὸ ἔλκος.

III. ΕΛΚΟΣ ΠΑΡΑΠΥΛΩΡΙΚΟΝ

Ὑπὸ τὸν ὄρον τοῦτον ἐννοοῦμεν τὰ ἔλκη ἐκεῖνα, τὰ ὁποῖα κεῖνται ἐπὶ τοῦ ἐλάσσονος τόξου τοῦ στομάχου, πλησίον τοῦ πυλωροῦ. Πράγματι ἡ ἐντόπισις αὕτη εἶναι ἐκλεκτική, σπανίως δὲ παρατηρεῖται ἔλκος εἰς τὸ μέσον τοῦ τόξου ὕπερ ἐνώνει τὴν γωνίαν μετὰ τοῦ πυλωροῦ, ἐνῶ τὸναντίον ἢ εἰς τὸ κεντρικὸν τοῦτο σημεῖον ἐντόπισις ἀφορᾷ περισσότερον τὸν καρκίνον. Ἀκτινολογικῶς θὰ παρατηρήσωμεν μίαν κλασσικὴν φωλεάν, μικροῦ μεγέθους, πλησίον τοῦ πυλωροῦ, συνήθως ἐπὶ τοῦ τόξου, μὲ διακοπὴν τῶν περισταλτικῶν κυμάτων παρὰ τὸ σημεῖον αὐτὸ καὶ ἕνα ἔκκεντρον πυλωρόν. Ἐκτὸς τῆς φωλεᾶς ἡ μελέτη τῶν πτυχῶν παρουσιάζει ἐνδιαφέρον, ἰδίως ἀπὸ ἀπόψεως διαφορικῆς διαγνώσεως μὲ τὸν καρκίνον. Αὐται συγκλίνουν ἀκτινοειδῶς πρὸς τὴν φωλεάν ἐντὸς τῆς ὁποίας καὶ καταλήγουν. Ἐπὶ πλεόν παρατηροῦνται καὶ διάφοροι οἰδηματώδεις εἰκόνες.

Εἰς πλεόν προκεχωρημένον στάδιον ἡ φωλεὰ εἶναι πλεόν εὐδιάκριτος, κεῖται δὲ ἐπὶ μιᾶς ἀκάμπτου καὶ εὐθυγράμμου ζώνης. Αἱ περισταλτικαὶ κινήσεις διακόπτονται παρὰ τὸ σημεῖον αὐτὸ, ἐνῶ εἶναι σαφεῖς παρὰ τὸ μείζον τόξον. Λόγῳ τῆς χρονίας φλεγμονῆς προκαλοῦνται ὠρισμένοι ἀλλοιώσεις τοῦ πυλωροῦ, ὅπως πάχυνσις τῶν βλεννογονίων πτυχῶν, ἀκαμψία τοῦ ἐλάσσονος τόξου καὶ σμίκρυνσις τούτου, προπυλωρικὴ διάτασις, ἰδίως τοῦ μείζονος τόξου. Αἱ πτυχαὶ συγκλίνουν πρὸς τὴν φωλεάν ἢ πρὸς τὸ σημεῖον τῆς προπυλωρικῆς ἀκαμψίας. Πέριξ τοῦ ἔλκουσ σχηματίζονται ψευδοελλειμματικαὶ εἰκόνες φλεγμονώδους φύσεως. Ἐπὶ τοῦ μείζονος τόξου παρατηρεῖται ἐνίοτε μία ἐντομή ἐναντι τοῦ ἔλκουσ, ἥτις, ὅταν ὀργανοποιηθῇ, δύναται νά προκαλέσῃ προπυλωρικὸν δίλοβον στόμαχον. Τὰ ἔλκη ταῦτα συνοδεύονται ὡσαύτως καὶ ἀπὸ διάφορα σπαστικὰ φαινόμενα.

Σημειωτέον ὅτι παρὰ τὴν χώραν ταύτην παρατηροῦνται κυρίως οἱ καρκίνοι ἐκεῖνοι, οἵτινες καὶ κλινικῶς καὶ ἀκτινολογικῶς ὑποδύ-

ονται τὸ κοινὸν ἔλκος. Κατὰ τοὺς Kirklin καὶ Mac Carty τὸ 11,3% τῶν ἔλκων αὐτῶν εἶναι κακοήθους φύσεως. Τὰ ἔλκη ταῦτα ὑφίστανται τὴν κακοήθη νεοπλασματικὴν ἐξαλλαγὴν.

IV. ΕΛΚΟΣ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΙΚΟΥ ΙΣΘΜΟΥ

Τὰ ἔλκη ταῦτα λόγῳ τῆς θέσεώς των δὲν διακρίνονται εὐκόλως καὶ συχνὰ παραβλέπονται, ἰδίως ὅταν ὁ στόμαχος εἶναι πλήρης βαρίου. Καὶ ἐδῶ τὸ παθολογικὸν σημεῖον εἶναι ἡ φωλεά, ἥτις εἶναι μικροῦ συνήθως μεγέθους, κειμένη ἐπὶ τῆς ἐπιφανείας ἢ προβάλλουσα ἐπὶ τοῦ τόξου, συνήθως δὲ τοῦ ἐλάσσονος. Συνοδεύεται ὑπὸ οἰδήματος, αἱ δὲ πτυχαὶ τοῦ ἰσθμοῦ εἶναι ἄλλοτε μὲν πεπαχυσμένοι ἄλλοτε δὲ ἔχουν ἐξαφανισθῆ. Ἐνίοτε αἱ πτυχαὶ τοῦ πυλωρικοῦ ἄντρου συγκλίνουν πρὸς ταύτην. Ὁ πυλωρικός ἰσθμὸς ἐν σχέσει μὲ τὸν βολβὸν εἶναι ἔκκεντρος, ἐνίοτε δὲ ἔχει ἐπιμηκυνθῆ, εἶναι γωνιώδης, ἀνώμαλος. Ἡ ἐντομὴ τοῦ μείζονος τόξου σπανίως ὑπάρχει. Χαρακτηριστικὸν σημεῖον ἐπίσης εἶναι ὅτι εἰς τὰ ἔλκη αὐτὰ δὲν παρατηρεῖται ἡ βράχυνσις τοῦ ἐλάσσονος τόξου. Τὸ προκύπτον διαγνωστικὸν πρόβλημα εἶναι τὸ τοῦ καρκίνου, λόγῳ τῶν συνυπαρχόντων φαινομένων παρὰ τὸν πυλωρὸν, τὰ ὁποῖα ὀφείλονται εἴτε εἰς τὴν φλεγμονὴν καὶ τὸ οἶδημα εἴτε εἰς μίαν περιελκωτικὴν σκλήρυνσιν ὑποδυομένην τὴν νεοπλασματικὴν διήθησιν.

V. ΕΛΚΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΣΤΟΜΙΟΥ

Ἡ διάγνωσις τούτων εἶναι ἐξαιρετικῶς δυσχερῆς. Ταῦτα ἀνευρίσκονται κυρίως ἐπὶ τῶν ἐπιφανειῶν τοῦ στομάχου καὶ πλησίον τοῦ στομίου. Τὸ μέγεθός των ποικίλλει, συχνὰ δὲ εἶναι λίαν εὐμεγέθη καὶ διατιτραίνοντα. Ἀκτινολογικῶς θὰ ἔχωμεν μίαν φωλεάν, διὰ τὴν ἀποκάλυψιν τῆς ὁποίας θὰ πρέπη ὁ ἄρρωστος νὰ ἐξετασθῆ κατὰ τὴν δεξιάν πλαγίαν θέσιν ἢ κατὰ Trendelenburg. Ἄλλοτε πάλιν διακρίνονται μὲ τὴν πρώτην κατάποσιν τοῦ βλωμοῦ. Τὸ ἔλκος ἐμφανίζεται ὡς φωλεὰ ἐπιφανείας, εἰς δὲ τὴν ὀρθίαν θέσιν ὡς μίᾳ φωλεὰ πτηγῶν μὲ ἐσωτερικὸν στρώμα, ἄλλοτε δὲ πάλιν ὡς κρίκος μὲ πεπαχυσμένα ὄρια.

Ἡ διαφορικὴ διάγνωσις μὲ τὸν καρκίνον εἶναι δυσχερῆς, ἂν καὶ γιγαντιαῖα ἔλκη παρὰ τὸ καρδιακὸν στόμιον εἶναι συνήθως καλοήγη. Τὰ κυριώτερα σημεῖα μιᾶς κακοήθους ἀλλοιώσεως παρὰ τὸ καρδιακὸν στόμιον τοῦ στομάχου, ἐκτὸς τῆς εἰκόνας ἐλλείψεως εἶναι καὶ ἡ βράχυνσις καὶ ἡ καθήλωσις τῶν τόξων, αἱ ἀλλοιώσεις τοῦ ἀεροθαλάμου, ἡ ταχεῖα κένωσις καὶ ἡ ἐλάττωσις τοῦ μεγέθους

τοῦ στομάχου. Τά ἔλκη ταῦτα τοῦ καρδιακοῦ στομίου προκαλοῦν συχνότατα μεγάλας γαστρορραγίας.

VI. ΕΛΚΗ ΤΩΝ ΕΠΙΦΑΝΕΙΩΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

α) "Ελκη ὀπισθίας ἐπιφανείας. Καί αὐτά λόγῳ θέσεως συχνάκις παραβλέπονται καί ὡς ἐκ τούτου ἕνας ἄρρωστος, ὑπόπτος δι' ἔλκος, θά πρέπει νά ἐξετασθῆ εἰς ὅλας τάς θέσεις, ἰδίως εἰς τήν ὑπίαν, κατόπιν χορηγήσεως λεπτορρεύστου βαρίου, ἐν συνεχείᾳ δέ εἰς πλαγίαν θέσιν.

Τό μέγεθος τῆς φωλεᾶς ποικίλλει, φθάνον μέχρι καί τοῦ τοῦ ταλλήρου, μέ σχῆμα κυκλικόν καί ἐνίοτε ὠοειδές. Κατά μέτωπον καί μέ πεπληρωμένον βαρίου στόμαχον προβάλλει ἐπί τῆς γαστρικῆς σκιᾶς ὡς μία ἐπιπρόσθετος τοιαύτη. Μετά τήν κένωσιν τοῦ στομάχου αὕτη προβάλλει ὑπερθεν τοῦ ὑπολοίπου βαριούχου πόλτου ἢ καί ὡς αἰωρουμένη τοιαύτη. Εἰς πλαγίαν θέσιν ὁμοιάζει μέ τήν φωλεάν τοῦ ἔλκουσ τοῦ ἐλάσσονος τόξου. Ἐνίοτε παρατηρεῖται καί ἡ σύγκλισις τῶν πτυχῶν πρὸς αὐτήν.

Ὡς ἔμμεσα σημεῖα παρατηροῦμεν μίαν διάτασιν τοῦ προπυλωρικοῦ ἄντρου ἐν συνδυασμῷ μεθ' ἑνός πυλωρικοῦ σπασμοῦ. Ἐπίσης παρατηρεῖται μία σπαστική ἐντομή τοῦ μείζονος τόξου, ἐπιπολῆς ἢ βαθεῖα, στενή ἢ εὐρεῖα, ὥστε νά προκαλῆ δίλοβον στόμαχον.

Δυνατόν ἢ ἐντόπισις ἑνός ἔλκουσ τῆς ὀπισθίας ἐπιφανείας νά εἶναι παρά τό πυλωρικόν ἄντρον, ὁπότε ἡ διαπίστωσις του εἶναι ἐξαιρετικῶς δυσχερῆς. Προσλαμβάνει δ' ἐνίοτε ἡμισελήνοειδές σχῆμα.

β) "Ελκος τῆς προσθίας ἐπιφανείας. Σπανίως ἀποκαλύπτονται ἀκτινολογικῶς καί ἐνίοτε μόνον αἱ πολλαπλαῖ ἀκτινογραφίαι καί εἰς πλαγίαν θέσιν δύνανται νά τά ἐντοπίσουν.

VII. ΕΛΚΟΣ ΤΟΥ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΤΟΞΟΥ

Σπάνιον, γεννᾶ πάντοτε τήν ὑποψίαν τοῦ καρκίνου. Ἐπί 4603 περιπτώσεων ἔλκουσ τοῦ στομάχου ὁ Matthews ἀνεῖρεν 139, ἤτοι 3% ἐπί τοῦ μείζονος τόξου. Οἱ Bowers καί Rivers ἐπί 240 περιπτώσεων ἀνεῖρεν 4, ἅπαντα κακοήθη. Ἀντιθέτως ἐπί 21 ἔλκων τοῦ μείζονος τόξου μέ ἱστολογικὴν ἐξέτασιν ὁ Cormaig, μαθητῆς τοῦ Gutmann, ἀνεῖρε 13 ἔλκη, 2 ἐξαλλαγάς, 5 πρωτοπαθεῖς καρκίνους καί 1 λεμφοκοκκίωμα. Ἐπί 5 ἔλκων τοῦ μείζονος τόξου παρατηρηθέντων ὑπὸ τοῦ Gutmann μόνον τό ἕν εἶχεν ὑποστή κακοήθη ἐξαλλαγήν.

Ἄκτινολογικῶς θά ἔχωμεν καί ἐδῶ μίαν φωλεάν, ἣτις ὅταν εἶναι μικροῦ μεγέθους δέν διαγιγνώσκεται, ἐκλαμβανομένη ὡς μία

πτυχή ἢ ὡς μία περισταλτικὴ κίνησις. "Άλλοτε φαίνεται ὡς μία συνήθης φωλεά, μέσου μεγέθους, ὁμογενοῦς σκιάσεως καὶ κάπως ἀνώμαλος. "Άλλοτε πάλιν εἶναι μεγάλων διαστάσεων, σχήματος τριγωνικοῦ.

Συχνὰ ὑποδέεται τὸ νεόπλασμα, λαμβάνουσα σχῆμα κωνικὸν ἢ τριγωνικόν, ἀνομοιογενῆς, μὲ χεῖλη-ἀνώμαλα καὶ εὐρισκομένη ἐντὸς εὐρείας ἐντετειχισμένης περιοχῆς τοῦ μείζονος τόξου. Ἐνίοτε ἔναντι τῆς φωλεᾶς καὶ ἐπὶ τοῦ ἐλάσσονος τόξου παρατηρεῖται μία ἐντομή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ Θ'

ΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΑΙ ΤΩΝ ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΩΝ ΕΛΚΩΝ

Τρεῖς εἶναι αἱ κυριώτεραι ἐπιπλοκαὶ τῶν ἐλκῶν: Αἱ γαστρορραγίαι, ἡ στένωσις τοῦ πυλωροῦ, ἡ διάρρησις. Κατὰ μίαν στατιστικὴν τῶν Portis καὶ Jaffe, ἐπὶ 118 θανάτων ὀφειλομένων εἰς ἔλκος, ἡ γαστρορραγία ἦτο ὑπεύθυνος εἰς ποσοστὸν 18,3%, ἡ στένωσις 7,5% καὶ ἡ διάρρησις 20%. Οἱ ὑπόλοιποι θάνατοι ὠφείλοντο εἰς χειρουργικὰς ἐπεμβάσεις, ἐπιπλοκάς αὐτῶν κ.λ.π.

Ἐκ τῶν πλέον δραματικῶν ἐπιπλοκῶν τῶν ἐλκῶν εἶναι ἀναμφισβητήτως ἡ διάρρησις. Ἡ ζωὴ τοῦ ἀρρώστου ἐξαρτᾶται ἀπολύτως ἀπὸ τὴν ἔγκαιρον. θὰ ἐλέγομεν ἀστραπιαίαν, διάγνωσιν, ἄρα καὶ ἐπέμβασιν. Ὡς ἐκ τούτου θὰ προηγηθῆ τῆς μελέτης τῶν ἄλλων ἐπιπλοκῶν ἡ μελέτη τῆς διατρήσεως.

Α' Η ΔΙΑΤΡΗΣΙΣ

Αὕτη ὀφείλεται εἰς τὴν ὑπὸ τοῦ ἔλκουσ διαβρωσιν ὄλων τῶν τοιχωμάτων τοῦ στομάχου ἢ τοῦ δωδεκαδακτύλου, λόγω τῆς ὁποίας ἐπιτρέπεται ἡ ἐλευθέρα ἔκχυσις ἐντὸς τῆς περιτοναϊκῆς κοιλότητος τοῦ περιεχομένου τοῦ διατρηθέντος ὄργάνου.

Ἐὰν δὲν διαγνωσθῆ ἔγκαιρως καὶ ὡς ἐκ τούτου δὲν χειρουργηθῆ ἢ δὲν ἐφαρμοσθῆ ἡ νεωτέρα θεραπεία δι' ἀναρροφήσεων, θὰ ἐξελιχθῆ μοιραίως πρὸς τὸν θάνατον ἐντὸς 2 ἢ 3 ἡμερῶν.

Ἀπὸ ὄλας τὰς ὀξείας ἐπιπλοκάς τῆς κοιλίας, ἡ διάρρησις διαγιγνώσκεται εὐκολώτερον ὄλων, ἀρκεῖ βεβαίως νὰ γνωρίζῃ τις τὰ συμπτώματα καὶ νὰ τὰ ἐκτιμήσῃ δεόντως.

Καθυστέρησις εἰς τὴν διάγνωσιν μιᾶς ὀξείας σκωληκοειδίτιδος εἶναι βεβαίως ἐπικίνδυνος, δὲν στοιχίζει ὅμως πάντοτε τὴν ζωὴν τοῦ ἀρρώστου. Σφάλμα ἐπίσης εἶναι τὸ νὰ μὴ διαγνώσῃ τις μίαν ὀξείαν χολοκυστίτιδα ἢ μίαν σαλπινγίτιδα, ἀλλὰ τοῦτο δὲν συνεπάγεται καὶ θανάσιμον ἀποτέλεσμα. Μία ὅμως ἐσφαλμένη διάγνωσις εἰς περιπτώσιν διατρηθέντος ἔλκουσ, μὲ ἀποτέλεσμα τὴν ἀναβολὴν καὶ

καθυστέρησιν τῆς ἐνδεικνυομένης θεραπείας, ἰσοδυναμεῖ μὲ βεβαίαν εἰς θάνατον καταδίκην τοῦ ἄρρώστου.

Ἡ διάγνωσις τῆς ἐπιπλοκῆς ταύτης ἀνήκει δικαιοματικῶς εἰς τὸν παθολόγον, δεδομένου ὅτι οὐδέποτε σχεδὸν θά κληθῆ πρώτος ὁ χειρουργός. Ὁ παθολόγος ἐπομένως θά φέρῃ καὶ τὴν βαρυτάτην εὐθύνην τῆς διαγνώσεως καὶ τῆς ἀμέσου ἀποστολῆς τοῦ ἄρρώστου εἰς ἓν ἀρτίως συγκεκροτημένον χειρουργικὸν τμήμα.

Πρὸς ἀπόδειξιν τῶν ἀνωτέρω θά ὑπενθυμίσωμεν τὰ ἑξῆς: Ἐάν ὁ ἄρρωστος χειρουργηθῆ ἐντὸς τῶν πρώτων ἕξ ὥρων, ἡ ἀνάρρωσις ἀποτελεῖ τὸν κανόνα· μετὰ τὴν 12ην ὥραν ἡ ἀνάρρωσις εἶναι ἀμφίβολος, μετὰ δὲ τὴν παρέλευσιν τοῦ 24ώρου ἡ θνησιμότης εἶναι μεγίστη.

Πρὸ τοῦ 1890, ὁπότε οἱ ἄρρωστοὶ αὐτοὶ δὲν ἐχειρουργοῦντο, τὸ ποσοστὸν τῆς θνησιμότητος ἀνῆρχετο εἰς 100%. Σήμερον τὸ ποσοστὸν ἰάσεως εἶναι 90 ἕως 100%.

Μία παλαιὰ στατιστικὴ δύο διασήμεων Γάλλων χειρουργῶν τῆς ἐποχῆς, τῶν Hartmann καὶ Lécène, ἀφορῶσα 200 χειρουργηθείσας διατηρήσεις, καὶ μὲ τὰ τότε μέσα, ἀναφέρει τὰ ἑξῆς: χειρουργηθεῖσαι περιπτώσεις πρὸ τῆς 12ης ὥρας 96, μὲ ἴασιν 61%. Πρὸ τῆς 24ης 64 περιπτώσεις, μὲ ἐπιτυχίαν 44%. Μετὰ τὴν 24ην ὥραν 42 περιπτώσεις μὲ ἴασιν 19%.

Ἄλλὰ καὶ αἱ πλέον πρόσφατοι ἀμερικανικαὶ ἐργασίαι ἀναφέρουν θνησιμότητα 21% μετὰ τὴν ἕκτην ὥραν, 23% τὴν 12ην ὥραν, 60% τὴν 24ην ὥραν, μεταξύ δὲ 24ης ἕως 48ης ἀναφέρουν θνησιμότητα μέχρις 100%.

Εἶναι γεγονός ἀναμφισβήτητον, ὅτι περιπτώσεις τινὲς ἰάθησαν ἂν καὶ δὲν ἐχειρουργήθησαν ἢ ἐχειρουργήθησαν μὲ μεγάλην καθυστέρησιν, ὅπως ὁ ἄρρωστος ὅστις προσεκομίσθη προσφάτως εἰς τὴν Β' Παθολογικὴν Κλινικὴν κατὰ τὴν ἑφημερίαν, μὲ διάτρησιν χρονολογυμένην ἀπὸ 24 καὶ πλέον ὥρων. Πρόκειται περὶ ἐξαιρέσεων, ἐπὶ τῶν ὁποίων δὲν εἶναι δυνατόν, οὔτε καὶ πρέπει, νὰ βασισθῶμεν. Ἡ διάτρησις εἶναι πρόβλημα, τὸ ὁποῖον ἀπαιτεῖ ἄμεσον λύσιν.

Ἀπὸ τινων ἐτῶν, ὁ Ἄγγλος χειρουργός Taylor ἠθέλησε ν' ἀνατρέψῃ τὰ μέχρι τοῦδε παγκοίνως παραδεδεγμένα ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἄμεσον χειρουργικὴν ἐπέμβασιν εἰς περιπτώσιν διατηρήσεως. Ἄντὶ ταύτης ἐφαρμόζει τὰς συνεχεῖς ἀναρροφήσεις τῶν γαστρικῶν ὑγρῶν. Ἄλλὰ μὲ τὴν τεχνικὴν τῆς μεθόδου ταύτης, τὰς ἐνδείξεις καὶ τὰ ἀποτελέσματά της θέλομεν ἀσχοληθῆ εἰς τὸ τέλος τοῦ παρόντος κεφαλαίου.

Εἰς περιπτώσιν ἀμφιβολίων περὶ τὴν διάγνωσιν, ὁ ἄρρωστος θά

πρέπη νά μεταφερθῆ ἀμέσως εἰς Κλινικὴν ἢ Νοσοκομεῖον ἐφωδιασμένον κυρίως μὲ ἀκτινολογικὸν μηχανήμα, ἐφ' ὅσον, ὡς θὰ ἴδωμεν, τὰ ἀκτινολογικὰ εὐρήματα εἶναι ἐκ τῶν σημαινόντων διαγνωστικῶν σημείων.

*
**

Αἱ διατρήσεις δὲν εἶναι σπάνιαι. Τὸ ἀκριβὲς ποσοστὸν τούτων δὲν δύναται νά προσδιορισθῆ ἐφ' ὅσον ἀγνοοῦμεν καὶ τὸν ἀκριβῆ ἀριθμὸν τῶν ἐλκοπαθῶν, καὶ ἐφ' ὅσον πολλάκις ἡ διάτρησις εἶναι ἡ πρώτη ἐκδήλωσις ἐνὸς λανθάνοντος ἔλκουσ.

Κατὰ τὰς περισσοτέρας στατιστικὰς ὑπερέχει σημαντικώτατα τὸ ἀνδρικό φύλον, μὲ ἀναλογίαν 15—40 ἄνδρες πρὸς μίαν γυναῖκα. Διάτρησις ἐπισημαίνει εἰς οἰανδήποτε ἡλικίαν, ἀπὸ ὀλίγων μηνῶν μέχρις 85 ἐτῶν, συχνότερον ὅμως μεταξὺ 25—50 ἐτῶν. Ἐπομένως ἡ ἡλικία δὲν ἀποκλείει τὴν διάγνωσιν τῆς διατρήσεως.

Ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἔδραν τῆς διατρήσεως, αἱ στατιστικαὶ δὲν συμφωνοῦν ἀπολύτως. Διὰ τοὺς Ἀγγλοσάξονας ὑπερέχουν αἱ διατρήσεις ἐλκῶν τοῦ βολβοῦ τοῦ δωδεκαδακτύλου, μὲ σχέσιν 4:1 ἢ καὶ πολὺ μεγαλυτέραν, ἐν συγκρίσει πρὸς τὰ τοῦ στομάχου. Γαλλικαὶ στατιστικαὶ ἀναφέρουν ὑπεροχὴν ἢ ἴσην ἀναλογίαν τῶν ἐλκῶν τοῦ στομάχου πρὸς τὰ τοῦ δωδεκαδακτύλου. Κατὰ τὸν Ρῶσον Judine, ἐπὶ 212 διατρήσεων τὰς ὁποίας ἐμελέτησεν, αἱ 194 ἀφεώρων τὸ δωδεκαδάκτυλον (91,6%). Αἱ περισσότεραι διατρήσεις ἀφοροῦν τὴν πρὸσθίαν ἐπιφάνειαν τοῦ βολβοῦ ἢ τοῦ ἐλάσσονος τόξου τοῦ στομάχου, ὁπότε καὶ δυσκόλως ἀποφράσσονται αὐτομάτως. Ἐάν ἡ διάτρησις ἐδράζεται παρὰ τὸ ὀπίσθιον τοίχωμα τοῦ ὄργανου, ἡ διάγνωσις ταύτης δυσχεραίνεται λόγῳ τῶν ὀλιγώτερον θορυβῶδων ἐκδηλώσεων.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΜΙΑΣ ΔΙΑΤΡΗΣΕΩΣ

Ταῦτα διαφέρουν ἀναλόγως τοῦ χρονικοῦ διαστήματος τὸ ὁποῖον ἔχει μεσολαβήσει μεταξὺ τῆς πρώτης ἐκδηλώσεως καὶ τῆς κλινικῆς ἐξετάσεως.

Ἄρκετὰ συχνά λέγεται καὶ γράφεται, ὅτι ἡ διάγνωσις μιᾶς διατρήσεως θὰ γίνῃ χάρις εἰς τὴν παρουσίαν συμπτωμάτων περιτονίτιδος. Τὰ σημεῖα ὅμως ταῦτα, ἐκτὸς τοῦ ὅτι ἐμφανίζονται ἀργά, εἶναι σημεῖα δευτερεύοντα, δὲν εἶναι σημεῖα διαγνώσεως, ἀλλὰ τούναντιον προγνώσεως, τὰ ὁποῖα μᾶς πληροφοροῦν ὅτι ἡ διάτρησις εἰσῆλθε πλέον εἰς σοβαρωτάτην καὶ συνήθως θανάσιμον

φάσιν. Μετά τὴν ἐκδήλωσιν τῆς παρατηροῦνται συνήθως 9 θάνατοι ἐπὶ 10 χειρουργουμένων.

Ἐάν καὶ ἡ πραγματικὴ κλινικὴ ἐξέλιξις μιᾶς διατρήσεως δυνατόν νά μὴ ἀντιπροσωπεύεται ἀπολύτως ἀπὸ τὴν περιγραφὴν, ἥτις θέλει ἀκολουθήσει, διὰ διδακτικούς λόγους μολαταῦτα θὰ διακρίνωμεν εἰς ταύτην τρία στάδια ἐξελιξεως :

1. Τὸ στάδιον πρωτοπαθοῦς καταπληξίας (choc).
2. Τὸ στάδιον φαινομενικῆς ὑφέσεως.
3. Τὸ στάδιον περιτονίτιδος καὶ δευτεροπαθοῦς ἢ τοξικοῦ choc.

Σαφῆ καὶ ἀπόλυτα ὄρια μεταξὺ τῶν διαφόρων αὐτῶν σταδίων δὲν ὑπάρχουν. Ἡ ἔντασις καὶ ἡ διάρκεια τοῦ choc ποικίλλει, ἄλλοτε πάλιν ἀπουσιάζει τελείως τὸ δεύτερον στάδιον, ὁπότε εἰσερχόμεθα ἀπ' εὐθείας εἰς τὸ στάδιον τῆς περιτονίτιδος, ἢ εἰσβολὴ τῆς ὁποίας δὲν γίνεται εὐκόλως ἀντιληπτῆ. Ὡς ἐκ τούτου ἡ διάγνωσις μιᾶς διατρήσεως θὰ πρέπη νά γίνῃ κατὰ τὸ πρῶτον στάδιον, ὁπότε καὶ εὐκολωτέρα εἶναι, ἀλλὰ καὶ τὰ θεραπευτικὰ ἀποτελέσματα ἄριστα.

1. Στάδιον τῆς πρωτοπαθοῦς καταπληξίας (choc). Παρουσία ἐνός ἄρρώστου μὲ ὀξὺ κοιλιακὸν σύνδρομον, ὁ ἰατρός ὀφείλει νά προσέξῃ ἐπισταμένως τὴν γενικὴν στάσιν τοῦ ἄρρώστου. Ἐν συνεχείᾳ θὰ μελετήσῃ τὸ προσωπεῖον τοῦ ἄρρώστου καὶ τέλος θ' ἀσχοληθῇ μὲ τὰ ἐκ τῆς ἐξετάσεως προκύπτοντα εὐρήματα, ἀφοῦ, εἰ δυνατόν, πληροφορηθῇ ἀπὸ αὐτὸν τοῦτον τὸν ἄρρωστον τὸν τρόπον τῆς ἐνάρξεως τῆς νόσου.

Τὸ στάδιον αὐτὸ τῆς καταπληξίας ἔχει περιγράψει, κατὰ τρόπον λίαν ἀριστοτεχνικόν, ὁ λόρδος Μογνίησιν: «Ἡ ἀγωνία τοῦ ἄρρώστου, ἥτις ὑπερβαίνει κάθε ὄριον, ἀντικατοπτρίζεται εἰς κάθε γραμμὴν τοῦ προσώπου του, ὅπερ ἐκφράζει τὸ μαρτύριον. Τὸ πρόσωπον εἶναι ὠχρόν, κάτισχνον, ἀγῶδες καί παρακλητικόν. Οἱ ὀφθαλμοὶ διηυρυσμένοι παρατηροῦν προσεκτικὰ, αἱ ὀφρῦες, οἱ κρόταφοι καὶ ἡ κόμη κυριολεκτικῶς κἀθιδροὶ. Ὁ ἄρρωστος ἔχει τὴν ἐντύπωσιν ἀσφυξίας, ἀγωνίζεται δι' ὀλίγον ἀέρα, ἢ ἀναπνοὴ του εἶναι ἀσθματικὴ καὶ τελείως θωρακικὴ, δεδομένου ὅτι τὸ διάφραγμα —κοιλιακὸς μῦς— ἔχει ἀκίνητοποιηθῆ. Κατὰ τὴν ἐκπνοὴν ἐκτοξεύει λέξεις τινάς. Κάθε συλλαβὴ εἶναι καὶ μία βαθεῖα οἰμωγὴ. Βαθεῖαν ἐντύπωσιν προξενοῦν εἰς τὸν ἐξετάζοντα αἱ χεῖρες τοῦ ἄρρώστου, τὰς ὁποίας ἔχει ἀνυψώσει ἐν εἴδει διαμαρτυρίας καὶ προστασίας, ἐνῶ ὁ θώραξ καὶ ἡ κοιλία παραμένουν ἀκίνητοι...»

Ἄς ἴδωμεν ὅμως λεπτομερῶς πῶς ἐκδηλοῦται κλινικῶς μία διάτρησις.

Ἡ πρώτη ἐκδήλωσις μιᾶς διατρήσεως εἶναι ὁ πόνος. Ἐν πλήρει φαινομενικῇ ὑγείᾳ, αἰφνιδίως, ἄνευ ἄλλων ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον προδρόμων σημείων, ὁ ἄρρωστος οἰμῶζει, ἀγωνιᾷ, κραυγάζει ἀπὸ ἑνα πόνον μοναδικῆς δριμύτητος, «διαβολικόν» ὅπως τὸν ὀνομάζουν καὶ τὸν ὀποῖον χαρακτηρίζουν καὶ συγκρίνουν μὲ «πληγμα διὰ μαχαίρας». Ὁ πόνος αὐτός, ἀπεριγράπτου δριμύτητος, ἀπαγορεύει κάθε κίνησιν εἰς τὸν ἄρρωστον, εἶναι δὲ τῆς αὐτῆς ἐντάσεως κατὰ τὰς πρώτας ὥρας.

Ἡ ἔντασις ὅμως τοῦ πόνου δυνατὸν νὰ ποικίλλῃ. Μεγίστη, φθάνει μέχρι καὶ συγκοπῆς, μικροῦ δὲ βαθμοῦ, ἐπιτρέπει εἰς τὸν ἄρρωστον μὲ διάτρησιν νὰ προσέλθῃ καὶ μόνος του εἰς τὸν ἰατρὸν πρὸς ἐξέτασιν. Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ὅμως καὶ κατὰ κανόνα ὁ πόνος εἶναι ὀξύτατος.

Ἡ ἔδρα τοῦ πόνου ποικίλλει. Ἀρχικῶς εἶναι ἐκεῖ ὅπου καὶ τὸ διατρηθὲν ἔλκος, δηλαδὴ εἰς τὸ ἐπιγάστριον ἢ δεξιὰ ὑπὸ τὸ ἦπαρ. Εἰς περίπτωσιν ἔλκους τοῦ στομάχου, ὁ πόνος ἐδράζεται σχεδὸν πάντοτε εἰς τὸ ἐπιγάστριον, ἐνῶ εἰς τὰ ἔλκη τοῦ δωδεκαδακτύλου ἐμφανίζεται εἰς τὸ ἐπιγάστριον, δεξιὸν ὑποχόνδριον, δεξιὸν λαγόνιον βόθρον. Ταχέως ὅμως ἡ ἔδρα τοῦ πόνου μετακινεῖται — λόγῳ ἴσως τοῦ γεγονότος, ὅτι ἀκολουθεῖ τὴν διαδρομὴν τοῦ ἐνδοκοιλιακοῦ ὑγροῦ — πρὸς τὸ δεξιὸν κοιλιακὸν ἡμιμόριον, ἐντοπίζεται συχνά εἰς τὸν δεξιὸν λαγόνιον βόθρον καὶ ὀλίγον ἀργότερον διαχέεται πρὸς ὀλόκληρον τὴν κοιλίαν.

Ὁ πόνος αὐτός ἀρκετὰ συχνά ἀντανακλᾶται πρὸς τὸν δεξιὸν ὄμων, ἐντοπιζόμενος ἰδίως παρὰ τὸ ἀκρώμιον. Ἡ ἐντόπισις ἐνὸς λίαν ἐπωδύνου σημείου παρὰ τὴν χώραν ταύτην εἶναι ἕν καλὸν σύμπτωμα ὀξείας περιτονίτιδος.

Τὸ στάδιον αὐτὸ τοῦ χος διαρκεῖ ὀλίγα λεπτά ἢ παρατείνεται ἐπὶ ὥρας, ἀναλόγως τοῦ μεγέθους τῆς διατρήσεως καὶ τῆς ποσότητος τοῦ ἐντὸς τῆς περιτοναϊκῆς κοιλότητος διαχυθέντος γαστρικοῦ ὑγροῦ.

2. Στάδιον τῆς φαινομενικῆς ὑφέσεως. Ὄταν τοῦτο ὑπάρχη, ἡ ἔντασις τοῦ πρωτοπαθοῦς χος ἐλαττοῦται καὶ πολλακίς ὁ ἄρρωστος δίδει τὴν ἐντύπωσιν, ὅτι ὑποφέρει πολὺ ὀλιγώτερον. Εἰς αὐτὸ κυρίως τὸ στάδιον καταφθάνει καὶ ὁ κληθεὶς ἰατρός, ὅστις δὲν πρέπει νὰ ἀπατηθῇ ἀπὸ τὴν σχετικῶς ἤρεμον ὄψιν τοῦ ἄρρώστου, τὸ φυσικὸν χρῶμα τοῦ προσώπου του, τὸν φυσιολογικόν

σφυγμόν καί θερμοκρασίαν. Δέν πρέπει νά δώση πίστιν εἰς τὰ λεγόμενα τοῦ ἀρρώστου, ὅστις ἰσχυρίζεται ὅτι δέν ὑποφέρει τόσον, ἐνῶ ἡ στάσις του τὸν διαψεύδει. Πράγματι αὕτη εἶναι χαρακτηριστική. Ἐκίνητος εἰς τὴν κλίνην του, μέ τοὺς μηροὺς κεκαμμένους πρὸς τὴν κοιλίαν, ἀνίκανος νά προβῇ εἰς οἰανδήποτε κίνησιν, φοβεῖται οἰανδήποτε μετακίνησιν, διότι αὕτη θά ἐπαναφέρῃ τὸν φρικτὸν πόνον.

Μετὰ τὴν προσεκτικὴν παρατήρησιν τοῦ ἀρρώστου, μετὰ τὴν λήψιν ἔστω καὶ στοιχειώδους ἱστορικοῦ καὶ ἀφοῦ ἡρεμήσῃ ψυχικῶς ὁ ἄρρωστος, θά προβῶμεν εἰς τὴν κυρίως ἐξέτασιν.

Ἡ ἐξέτασις τῆς κοιλίας τοῦ ἀρρώστου, γινομένη μέ πᾶσαν προσοχὴν, θ' ἀκολουθήσῃ τὰ κλασσικὰ στάδια τῆς ἐπισκοπήσεως, ἐπικρούσεως, ἀκόμη καὶ ἀκροάσεως, θά συμπληρωθῇ δὲ μέ μίαν δακτυλικὴν ἐξέτασιν.

Τὰ παθογνωμονικὰ σημεῖα μιᾶς διατρήσεως ὑπάρχουν ἀπὸ τῆς πρώτης στιγμῆς ἀφ' ἧς αὕτη ἐξεδηλώθη διὰ τοῦ πόνου.

Ἐάν ἐπομένως τὸ πρῶτον σύμπτωμα εἶναι ὁ πόνος, τὸ δεύτερον σύμπτωμα εἶναι ἡ σύσπασις τῶν κοιλιακῶν τοιχωμάτων: σύμπτωμα σταθερόν, παθογνωμονικόν, ἐκ τῶν ὧν οὐκ ἄνευ. Διακρίνεται καὶ κατὰ τὴν ἀπλήν ἐπισκόπησιν εἰς ἄτομα μέ ἀνεπτυγμένους κοιλιακοὺς μῦς. Οἱ ὀρθοὶ διαγράφονται ἐκατέρωθεν, προβάλλοντες ἄκαμπτοι καὶ χωριζόμενοι ὑπὸ αὐλάκων.

Εἰς τὴν σύσπασιν αὐτὴν τῶν κοιλιακῶν μυῶν προστίθεται ἡ ἀπόλυτος ἀκίνησις τῆς κοιλίας καὶ τοῦ διαφράγματος. Ἐνίοτε προστίθεται καὶ σύσπασις τῶν ὀπισθίων μυῶν, ὁπότε θά ἔχωμεν τελείαν ἀκαμψίαν τοῦ ἀρρώστου. Ἐπομένως, κατὰ τὴν ἐπισκόπησιν θά παρατηρήσωμεν ὅτι ἡ κοιλία δέν ἀναπνέει. Ἡ ἀναπνοὴ τοῦ ἀρρώστου εἶναι ἐπιπολαία καὶ θωρακική.

Ἡ ψηλάφησις τοῦ ἀρρώστου θά εἶναι λίαν προσεκτικὴ καὶ μέ τὰς δύο χεῖρας, ἄνευ βίας, μεθοδικῶς, ἀρχομένη ἀπὸ τὰ ὀλιγότερον ἐπώδυνα σημεῖα καὶ πλησιάζουσα ὀλίγον κατ' ὀλίγον πρὸς τὴν ὑποπτον ζώνην. Ἡ πλέον μικρὰ πίεσις θά προκαλέσῃ ἄμυναν, ἐντονωτέραν ἀκαμψίαν καὶ σύσπασιν, ὑπερευαισθησίαν τῶν κοιλιακῶν τοιχωμάτων.

Κατὰ τὴν ψηλάφησιν θά διαπιστώσωμεν τὴν σύσπασιν τῶν κοιλιακῶν τοιχωμάτων. Πράγματι, οἱ κοιλιακοὶ μῦς εἶναι ἄκαμπτοι, ἀκίνητοι, μονίμως συνεσπασμένοι, σκληροὶ ὡς σανὶς ἢ λίθος. Ἡ

σανιδώδης αὔτη καὶ συνεσπασμένη κοιλία εἶναι χαρακτηριστικὴ καὶ ἐρμηνεύει μίαν γενικευμένην περιτονίτιδα ἐκ διατρήσεως.

Ἡ σύσπασις ἐμφανίζεται συγχρόνως μὲ τὸν πόνον καὶ ὑποχωρεῖ ἐφ' ὅσον ἡ κατάστασις ἐξελλίσσεται πρὸς τὴν περιτονίτιδα. Ἐφ' ὅσον μετὰ τινὰς ὥρας αὐξάνει τὸ ἐνδοκοιλιακὸν ὑγρὸν καὶ ἐμφανίζονται τὰ σημεῖα τῆς περιτονίτιδος, ἡ σύσπασις ἐλαττοῦται, ἐπεκτείνεται πρὸς τὸν δεξιὸν λαγόνιον βόθρον, ἵνα καταλάβῃ ὁλόκληρον τὴν κοιλίαν. Ἡ ἀρχικὴ τῆς ἐντόπισις εἶναι ἐκεῖ ὅπου καὶ ἡ διάτρησις: ἐπιγάστριον ἢ δεξιὰ ὑπὸ τὸ ἥπαρ. Ἀλλὰ καὶ ὅταν ἀκόμη ἡ σύσπασις ἔχῃ ἐπεκταθῆ πρὸς ὁλόκληρον τὴν κοιλίαν, καὶ τότε ἡ μεγαλύτερα ἔντασις τῆς εἶναι σχεδὸν πάντοτε ὑπερομφάλιος: ὑπὸ τὸ πλευρικὸν τόξον, δεξιὰ ἢ ἀριστερὰ τῆς μέσης γραμμῆς, δηλαδὴ ἐκεῖ ὅπου ἐξεδηλώθη τὸ πρῶτον ὁ πόνος. Ἐν ὀλίγοις ἡ σύσπασις οὐδέποτε ἀπουσιάζει.

Κατὰ τὴν ψηλάφησιν ἐπίσης θὰ ἐρευνήσωμεν τὸ σημεῖον τοῦ Blumberg: Ἀφοῦ πιέσωμεν τὴν κοιλίαν, ἀποσύρομεν ἀποτόμως τὰς χεῖρας μας. Θὰ προκαλέσωμεν οὕτως ἓνα ἔντονον πόνον, ἀκόμη καὶ ὅταν ἡ πίεσις αὕτη δὲν εἶχε προκαλέσει τοιοῦτον.

Ἡ ψηλάφησις θ' ἀποκαλύψῃ ἐπίσης μίαν ἐξαιρετικὴν ὑπερευσαιοθησίαν τοῦ δέρματος, ἥτις ὅμως δὲν ἔχει τὴν σημασίαν τῶν ἄλλων συμπτωμάτων. Θὰ διαπιστώσωμεν ὡσαύτως τὴν ἐξαφάνισιν τῶν δερματικῶν ἀντανακλάσεων τῆς κοιλίας.

Ἡ ἐπίκρουσις θὰ μᾶς ἀποκαλύψῃ τὸ τρίτον σύμπτωμα: τὴν ἐνδοκοιλιακὴν συλλογὴν ἀερίων. Σημεῖον πολῦτιμον, ὅταν διαπιστωθῇ καὶ τὸ ὅποιον ἐπιβεβαιοῖ τὴν διάγνωσιν εἰς ἀμφιβόλους περιπτώσεις.

Ἡ παρουσία ἀερίων εἰς τὸ ἐσωτερικὸν τῆς κοιλίας — τὸ λεγόμενον πνευμοπεριτόναιον — ἐλέγχεται κλινικῶς καὶ ἀκτινολογικῶς.

α) Κλινικῶς, διὰ τῆς ἐξαφανίσεως τῆς ἡπατικῆς ἀμβλύτητος. Ἡ ἐπίκρουσις τῆς προσθίας ἐπιφανείας τοῦ ἥπατος δυνατὸν ν' ἀποδώσῃ τυμπανικὸν ἤχον ἀντὶ τῆς φυσιολογικῆς ἀμβλύτητος. Δυνατὸν ὅμως οὗτος νὰ μὴ ὀφείλεται πάντοτε εἰς τὴν ἐνδοκοιλιακὴν παρουσίαν ἀερίων, ἀλλὰ εἰς μίαν παρεμβληθεῖσαν διατεταμένην ἐντερικὴν ἔλικα, ἥτις ἀποδίδει τὸν αὐτὸν τυμπανικὸν ἤχον. Ὡς ἐκ τούτου τὸ σημεῖον τοῦτο ἔχει ἀπόλυτον ἀξίαν, ἐὰν διαπιστωθῇ κατὰ τὸ ἀρχικὸν στάδιον, ὁπότε ἡ ἐλάττωσις ἢ ἡ ἐξαφάνισις τῆς ἡπατικῆς ἀμβλύτητος εἶναι λίαν χαρακτηριστικὴ μιᾶς διατρήσεως, ἰδίως ὅταν

άνευρίσκεται παρά την μασχαλιαίαν γραμμὴν καὶ συνυπάρχη με μίαν σύσπασιν τῶν κοιλιακῶν τοιχωμάτων. Ἐάν κατὰ μίαν ὀξεϊαν κατάστασιν διαπιστωθῇ τυμπανικός ἤχος κατὰ τὴν ἥπατικὴν χώραν ἐπὶ τῆς μασχαλιαίας γραμμῆς, περί τὰ 3 ἕως 5 ἐκ. ὕπερθεν τοῦ πλευρικοῦ τόξου, δυνάμεθα νὰ εἴπωμεν ὅτι πρόκειται περί διατρήσεως ἐνὸς γαστρικοῦ ἢ δωδεκαδακτυλικοῦ ἔλκους.

Τὸ σημεῖον τοῦτο δὲν εἶναι πάντοτε σταθερόν, δυνατόν ν' ἀπουσιάζη εἰς περίπτωσιν διατρήσεως καὶ νὰ ὑπάρχη εἰς περίπτωσιν διατρήσεως μὴ ὀφειλομένης εἰς ἔλκος. Ἡ διαπίστωσις μολαταῦτα ἥπατικῆς ἠχητικότητος ἐν συνδυασμῷ μετὰ συσπάσεως πρὸ τῆς 10ης ὥρας ἀποκτᾷ ἀναμφισβήτητον διαγνωστικὴν ἀξίαν. Ἡ ἀπουσία ὁμως ταύτης ἐπ' οὐδενὶ λόγῳ ἀποκλείει τὴν διάγνωσιν τῆς διατρήσεως.

β) Τὸ πνευμοπεριτόναιον διαπιστοῦται ὡσαύτως καὶ ἀκτινολογικῶς.

Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις ἔχει πλέον ἐπιβληθῆ ὡς ἀπαραίτητον μέσον διαγνώσεως μιᾶς διατρήσεως. Αἱ ἀκτινολογικαὶ εἰκόνες, ὅταν ὑπάρχουν, εἶναι χαρακτηριστικά. Ὁ ἄρρωστος πρέπει νὰ ἐξετασθῇ μετὰ μεγάλην ὑπομονήν, μετὰ προσοχήν καὶ ἀποφυγὴν ἀποτόμων μετακινήσεων. Θὰ ληφθοῦν ἀκτινογραφίαι ὀλοκλήρου τῆς κοιλίας καὶ τῶν διαφραγματικῶν θόλων. Ὁ ἄρρωστος θὰ ἐξετασθῇ εἰς ὅλας τὰς στάσεις, ὀρθίαν, δεξιᾶν καὶ ἀριστερὰν πλαγίαν, ὑπίαν καὶ ἐν ἀνάγκῃ εἰς στάσιν Trendelenburg.

Κατὰ μέτωπον θὰ παρατηρήσωμεν τὴν ἀποκόλλησιν τῶν δύο διαφραγματικῶν θόλων. Δεξιᾶ, ὑπὸ τὸν θόλον, θὰ παρατηρήσωμεν μίαν ἐν εἴδει ἡμισελήνου ζώνην ἐξ ἀέρος, διαυγάζουσαν, σχήματος δρεπάνου (croissant), ἣτις διαγράφεται μεταξὺ τῆς γραμμῆς ἣτις ἀντιπροσωπεύει τὸ διάφραγμα καὶ τῆς ἥπατικῆς σκιᾶς (σχ. 3).

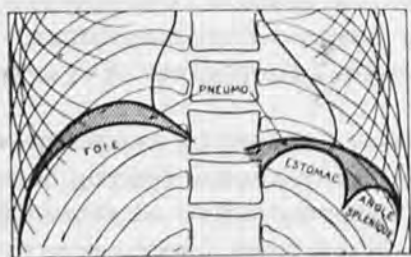
Ἀριστερά, κατὰ τρόπον ἴσως ὀλιγώτερον σαφῆ, παρατηρεῖται ἡ αὐτὴ, λόγῳ τῶν ἐντὸς τῆς περιτοναϊκῆς κοιλότητος εἰσελθόντων ἀερίων, ἀποκόλλησις, μετὰ ἄνω ὄρια σαφῶς κυρτά—τὸ ἀριστερόν ἡμιδιάφραγμα—καὶ κάτω ὄρια, τὰ ὅποια πολλάκις διακόπτονται ἀπὸ μίαν ἐντομὴν μεταξὺ τῆς σκιᾶς τοῦ σπληνὸς πρὸς τὰ ἔξω καὶ τῆς διαυγάσεως τοῦ στομάχου πρὸς τὰ ἔσω.

Ἐάν στρέψωμεν τὸν εἰς ὑπίαν θέσιν εὕρισκόμενον ἄρρωστον εἰς ἐλαφρὰν πλαγίαν ἀριστεράν, θὰ παρατηρήσωμεν μετ' ὀλίγον εἰς τὸ ἄνω τμήμα τῆς κοιλίας μίαν ἐξ ἀερίων διαυγάζουσαν ζώνην, πλέον ἐκδηλον, μεταξὺ τῆς ἥπατικῆς σκιᾶς καὶ τῶν κοιλιακῶν τοιχωμάτων (σχ. 4).

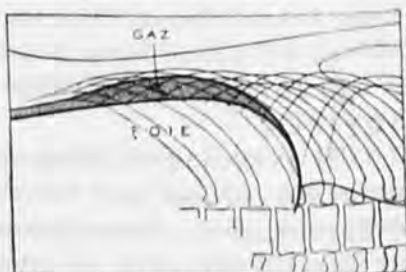
Εἰς τινὰς περιπτώσεις ἡ ἀκτινολογικὴ εἰκὼν εἶναι ἔτι σαφῆς

χάρις εἰς τὴν συνύπαρξιν ὑγροῦ, τὸ ὁποῖον προστιθέμενον εἰς τὴν σημειωθεῖσαν διαυγάζουσαν ζώνην ὑποδεικνύει τὴν παρουσίαν μιᾶς ἔνδο—κοιλιακῆς ἀερο—υδροικῆς συλλογῆς.

Ἐκτὸς τῶν χαρακτηριστικῶν αὐτῶν εἰκόνων, ὑπάρχουν καὶ ἄλλαι μικραὶ, περιωρισμένου εἰς ἑκτασιν πνευμοπεριτοναίου, αἵτινες δὲν γίνονται ἀντιληπταὶ ἄνευ τῆς προσεκτικῆς μελέτης τῶν ἀκτινογραφικῶν. Πρέπει νὰ ἐπιμείνη τις ἰδιαιτέρως ἐπὶ τῶν διακριτικῶν αὐτῶν σημείων, ἵνα ὑποπτευθῆ τὴν ὑπαρξιν πνευμοπεριτοναίου, ὅταν διαπιστωθῆ καὶ ἔν μικροσκοπικὸν διαυγάζον τρίγωνον ὑπὸ τὸν ἀριστερὸν θόλον, οἷονδῆποτε μικρότατον ἡμισελήνον δεξιά, οἰαδῆ-



Σχῆμα 3.



Σχῆμα 4.

Ἀποκόλλησις τῶν διαφραγματικῶν θόλων λόγῳ πνευμοπεριτοναίου. **Δεξιά** διακρίνεται ἡ διαυγάζουσα, ἔν εἴδει ἡμισελήνου, ζώνη ἐξ ἀέρος μεταξύ ἥπατος καὶ διαφράγματος. **Ἀριστερά** ἡ διαυγάζουσα ζώνη εὐρίσκεται μεταξύ διαφράγματος ὑπερθεν καὶ στομάχου κάτω δεξιά, χωριζομένου δι' ἔντομῆς ἀπὸ τὸν σπλῆνα.

(Κατὰ Mondor καὶ Porcher)

Πνευμοπεριτόναιον, ὅπως διακρίνεται εἰς θέσιν πλαγίαν ἀριστεράν. Ὁ ἀῆρ εὐρίσκεται μεταξύ ἥπατικῆς σκιᾶς καὶ κοιλιακῶν τοιχωμάτων. (Κατὰ Mondor καὶ Porcher)

ποτε διαυγάζουσα ζώνη παρά τὴν ἥπατικὴν χώραν, ἀκόμη καὶ μία ἀπλῆ ἔστω φυσαλὶς ἀέρος ὑπὸ τὸ ἦπαρ.

Ἐνίοτε τὸ πνευμοπεριτόναιον αὐτὸ εἶναι καὶ ἡ μόνη ἐκδήλωσις μικροσκοπικῆς διατρήσεως αὐτομάτως ἀποφραχθείσης καὶ λαθείσης. Ἐν τοιαύτῃ περιπτώσει τὸ μόνον σύμπτωμα θὰ εἶναι μία σημαντικὴ συλλογὴ ἔνδοκοιλιακῶν ἀερίων.

Ἡ περιέργος αὕτη κατάστασις —τὴν ὁποῖαν ὀνομάζουν ἐνίοτε αὐτόματον πνευμοπεριτόναιον—ἔχει ἰδίαν κλινικὴν εἰκόνα: Πρόκειται περὶ ἀρρώστου μηδέποτε μέχρι τοῦδε παραπονεθέντος καὶ ὅστις αἰφνιδίως καταλαμβάνεται ἀπὸ ὀξύτατον πόνον. Τὰ ἄλλα συμπτώματα τῆς διατρήσεως ἢ καὶ τῆς περιτονίτιδος, ὅπως

σύσπασις τῶν κοιλιακῶν τοιχωμάτων, ἔμετοι, πυρετός, στάσις κοπράνων καὶ ἀερίων, ἀπουσιάζουν. Ὀλίγον κατ' ὀλίγον ὅμως διαπιστοῦται σημαντικὴ καὶ προοδευτικὴ διάτασις τῆς κοιλίας. Αὕτη συνεχίζεται ἐπὶ τινὰς εἰσέτι ἡμέρας, ἄνευ ἄλλης κλινικῆς ἐκδηλώσεως καὶ ἐν συνεχείᾳ ὑποχωρεῖ καὶ ἐξαφανίζεται. Ἐχει ἀποδειχθῆ ὅτι τὸ αὐτόματον τοῦτο πνευμοπεριτόναιον εἰς τὰς 9 ἐπὶ 10 περιπτώσεων ὀφείλεται εἰς λανθάνουσαν καὶ αὐτομάτως ἀποφραχθεῖσαν διάρτησιν ἑνὸς γαστροδωδεκαδακτυλικοῦ ἔλκουσ.

Ἡ δακτυλικὴ ἐξέτασις θὰ ἐπακολουθήσῃ ὡς ἄσκις ὑποπτευόμεθα διάρτησιν. Θὰ παρατηρήσωμεν οὕτως εὐαισθησίαν τοῦ Δουγλασσείου χώρου, δεδομένου ὅτι καὶ ὀλίγαι σταγόνες ὑγροῦ ἄρκοῦν ὅπως προκαλέσωσιν ἕνα τοιοῦτον ἐρεθισμόν. Τὸ σημεῖον τοῦτο δὲν εἶναι ἴδιον μιᾶς διατρήσεως ἔλκουσ, ἐρμηνεύει ὅμως τὸν κατακλυσμόν τοῦ περιτοναίου.

Τὸ τέταρτον σύμπτωμα—ἄς ἀποκληθῆ οὕτω—μιᾶς διατρήσεως καὶ ἐπὶ τοῦ ὁποίου δυνάμεθα νὰ βασισθῶμεν, ὅταν ὑπάρχη, εἶναι τὸ ἀναμνηστικὸν τοῦ ἄρρώστου.

Πολλάκις καὶ φαινομενικῶς, τὸ ἀναμνηστικὸν τοῦ ἄρρώστου εἶναι τελείως ἐλεύθερον καὶ ἡ διάρτησις ἐμφανίζεται ὡς ἡ πρώτη δραματικὴ κλινικὴ ἐκδήλωσις ἑνὸς ἔλκουσ. Πράγματι, καὶ τοῦτο ἔχομεν ἐπανελημμένως διαπιστώσει, παρατηρεῖται ἡ διάρτησις ὡς πρώτη κλινικὴ ἐκδήλωσις. Αἱ πλεῖστα τῶν στατιστικῶν ἀναφέρουν ποσοστὸν 10% τοιούτων διατρήσεων, παρατηροῦνται δὲ αὗται κυρίως εἰς τὰ ἔλκη τοῦ δωδεκαδακτύλου.

Ἄλλοτε πάλιν θ' ἀνεύρωμεν τὸ ἤδη ἐκτεθὲν τυπικὸν ἱστορικὸν ἔλκουσ. Ἡ διάρτησις ὅμως δυνατὸν νὰ ἐπέλθῃ κατὰ μίαν περίοδον πόνων ἢ εἰς μίαν περίοδον ἡρεμίας. Ἄλλοτε πάλιν ἐπέρχεται κατόπιν φαινομενικῆς ἰάσεως πολλῶν ἐτῶν, ὅποτε ὁ ἄρρωστος ἔχει λησμονήσει τελείως τὰ παλαιὰ του ἐνοχλήματα καὶ οὕτως ἡ διάρτησις ἐμφανίζεται ὡς πρώτη ἐκδήλωσις.

Ἄρκετὰ συχνὰ πρόδρομά τινα σημεῖα παρατηροῦνται ὀλίγας ἡμέρας πρὸ τῆς διατρήσεως—ἐπιδείνωσις τῶν ὑφισταμένων πόνων, ρίγη, ἑλαφρὰ πυρετικὴ κίνησις μετὰ ναυτιάσεως, ἔμετοι, ἐπίμονος δυσκοιλίότης, ἐνίοτε αἱματέμεσις. Μολαταῦτα τὸ πρόδρομον τοῦτο στάδιον τῆς διατρήσεως δυνατὸν καὶ ν' ἀπουσιάζῃ. Τότε καὶ ἡ διάρτησις ἐκδηλοῦται ἐν πλήρει φαινομενικῇ ὑγείᾳ ὡς «κεραυνὸς ὑπὸ αἴθριον οὐρανόν».

Περιληπτικῶς ἐπομένως ἡ διάγνωσις μιᾶς διατρήσεως θὰ βασι-
σθῆ ἐπὶ τῶν ἐξῆς τεσσάρων κυρίως συμπτωμάτων :

— Ὁξύς πόνος ἀπεριγράπτου δριμύτητος ὡς «πληγμα διὰ μα-
χαίρας», ὅστις ὑποδηλοῖ τὴν ἐπελθοῦσαν ἐπιπλοκὴν.

— Σύσπασις τῶν κοιλιακῶν τοιχωμάτων, ἥτις γενικῶς ὑποδει-
κνύει τὴν ἔδραν τῆς βλάβης.

— Πνευμοπεριτόναιον ὅπερ ἐρμηνεύει τὴν διάτρησιν.

— Ἀναμνηστικόν τοῦ ἄρρώστου, τὸ ὁποῖον προσδιορίζει τὸ γασ-
τρικόν αἷτιον.

Τὰ τέσσαρα ταῦτα συμπτώματα ὑπεραρκοῦν διὰ τὴν διάγνωσιν
μιᾶς διατρήσεως. Ὑπάρχουν ὅμως καὶ ἄλλα, τὰ δευτερεύοντα, τὰ
ὁποῖα προσανατολίζουν πρὸς μίαν πλέον συγκεκριμένην πρόγνωσιν,
χρησιμεύουν δὲ τέλος εἰς τὴν διαφορικὴν διάγνωσιν μιᾶς ἀναλόγου
καταστάσεως γειτονικοῦ ὄργάνου.

* * *

Δευτερεύοντα σημεῖα: Οἱ ἔμετοι, οἱ ἐμφανιζόμενοι
κυρίως ὀλίγον μετὰ τὴν διάτρησιν, παρατηροῦνται εἰς τὰς ἡμίσεις
τῶν περιπτώσεων, εἶναι δὲ βλενωδεις, χολώδεις, μετὰ ἢ ἄνευ τρο-
φῶν. Παρατηροῦνται συχνότερον εἰς τὰς διατρήσεις τοῦ δωδεκαδα-
κτύλου. Ἀπὸ ὅλας τὰς περιτονίτιδας, ἡ λόγῳ γαστρικῆς ἢ δωδεκα-
δακτυλικῆς αἰτίας προελθοῦσα προκαλεῖ τοὺς ὀλιγωτέρους ἐμέτους.

— Ἡ αἱματέμεσις εἶναι σπανία. Ἐπιβαρύνει σημαντικώτατα τὴν
διάτρησιν, δεδομένου ὅτι τὸ αἷμα κατακλύζει τὴν περιτοναϊκὴν κοι-
λότητα. Ἡ συνύπαρξις ἐξ ἄλλου γαστρορραγίας καὶ διατρήσεως
ἀποτρέπει τὴν προσοχὴν τοῦ ἱατροῦ ἐκ τῆς δευτέρας, μὲ ἀποτέλεσμα
τὸν θάνατον τοῦ ἄρρώστου ἐκ τῆς διατρήσεως καὶ οὐχὶ ἐκ τῆς
γαστρορραγίας.

— Ἡ θερμοκρασία εἶναι φυσιολογικὴ κατὰ τὰς πρώτας ὥρας
τῆς διατρήσεως. Ἡ ἀπουσία αὕτη πυρετοῦ εἶναι σπουδαῖον διαγνω-
στικόν σημεῖον. Ἐν συνεχείᾳ, προοδευτικῶς καὶ εἰς τὸ στάδιον τῆς
περιτονίτιδος, αὕτη ἀνυψοῦται.

— Ὁ σφυγμὸς δυνατὸν νὰ ἐπιταχυνθῆ κατὰ τὸ πρῶτον στάδιον
τοῦ χος, ἐπανερχεται ὅμως ταχέως εἰς τὸν φυσιολογικὸν του ρυθμόν.

Κατὰ τὸν Mondor, διακρίνομεν, ὅσον ἀφορᾷ τὰς σχέσεις σφυ-
γμοῦ καὶ θερμοκρασίας, τρεῖς φάσεις : Μίαν φάσιν μικρᾶς διαρκείας,
2—3 ὥρων, μὲ σφύξεις 130 ἕως 140 καὶ θερμοκρασίαν 36°. Μίαν
δευτέραν μεγαλυτέρας διαρκείας, 12—15 ὥρων, μὲ σφύξεις 70 καὶ

θερμοκρασίαν 38°. Τέλος, μίαν τρίτην φάσιν, τῆς περιτονίτιδος, με σφύξεις 120 καὶ θερμοκρασίαν 39°. Ὑπενθυμίζομεν ὅτι κατὰ τὰς πρώτας στιγμὰς τῆς ἐξετάσεως σφυγμὸς καὶ θερμοκρασία εἶναι φυσιολογικά.

— Ἡ ἀναπνοή, ἀπολύτως μηχανική, ἐπιπολαία, ὁλοέν ἐπιταχυνομένη, θωρακική λόγῳ τῆς ἀκινήσεως τοῦ διαφράγματος, με ἐξαφάνισιν τῆς κοιλιακῆς ἀναπνοῆς.

Ἐν συμπεράσματι : Ἡ συνύπαρξις ὀξυτάτου πόνου, συσπάσεως τῶν κοιλιακῶν τοιχωμάτων, θερμοκρασίας καὶ σφυγμοῦ σχεδὸν φυσιολογικῶν, χαρακτηρίζει τὴν διάτρησιν ἐνός γαστροδωδεκαδακτυλικοῦ ἔλκους, διαχωριζομένης οὕτω τῆς ἐπιπλοκῆς ταύτης ἀπὸ τὰς διατρήσεις ἄλλων ἐνδοκοιλιακῶν ὀργάνων.

* *

3. Στάδιον τῆς περιτονίτιδος. Τοῦτο δὲν παρουσιάζει διαγνωστικὰς δυσχερείας, ἂν καὶ δὲν δυνάμεθα νὰ προσδιορίσωμεν ἐπακριβῶς τὴν εἰσβολὴν. Ἡ ἐκδήλωσις τῆς περιτονίτιδος ἐξαρτᾶται ἀπὸ πολλοὺς παράγοντας, ὅπως λ. χ. ἀπὸ τὴν ποσότητα τοῦ προηγηθέντος τῆς διατρήσεως γεύματος, ἀπὸ τὸ μεσολαβῆσαν χρονικὸν διάστημα μεταξὺ τούτου καὶ τῆς διατρήσεως, ἀπὸ τὸ μέγεθός της καὶ ἀπὸ τὴν ἀνάπτυξιν τοῦ μικροβιακοῦ παράγοντος, ἧτις οὐδέποτε καθυστερεῖ πέραν τῶν 24 ὥρων. Εἶναι ἐξ ἄλλου δυνατὸν νὰ ἔχωμεν ἐκδηλώσεις περιτονίτιδος λίαν πρωίμως, ἀπὸ τῆς ἑκτῆς ὥρας, πάντως ἐντὸς τοῦ 24ώρου.

Κατὰ τὴν ἐξέτασιν θὰ παρατηρήσωμεν αὐξησιν τῆς διατάσεως τῆς κοιλίας, σύμπτωμα προκεχωρημένης περιτονίτιδος καὶ οὐχὶ διατηρηθέντος ἔλκους. Ἡ κοιλία παραμένει τεταμένη, ἢ σύσπασις ὅμως δυνατὸν νὰ ὑποχωρήσῃ λόγῳ τοξικῆς ἐπιδράσεως ἐπὶ τοῦ νευρομυϊκοῦ συστήματος.

— Ὁ πόνος ἐλαττοῦται εἰς ἔντασιν, διαχέεται ὅμως πρὸς ὀλόκληρον τὴν κοιλίαν.

— Οἱ ἔμετοι καθίστανται ἐπίμονοι, ἄφθονοι, χολώδεις, δύσοσμοι, κοπρανώδεις.

— Ὁ σφυγμὸς ἐπιταχύνεται, 120—140.

— Ἡ θερμοκρασία ἀνέρχεται εἰς τοὺς 38°—40°.

Λόγῳ τῶν ἐμέτων, λόγῳ τῆς προσβολῆς τοῦ κυκλοφορικοῦ συστήματος, τὸ πρόσωπον συσπᾶται, εἶναι ὠχρόν, αἱ παρειαὶ γίνονται

κοίλαι, ὁ ἄρρωστος ἀγωνιᾷ, οἱ ὀφθαλμοὶ θολοῦνται καὶ περιβάλλονται ἀπὸ μέλανας κύκλους. Ἔχομεν τότε τὸ γνωστὸν Ἴπποκράτειον προσωπεῖον, σημεῖον ἐπερχομένου θανάτου λόγῳ περιτονίτιδος.

**ΕΝΤΕΤΟΠΙΣΜΕΝΟΝ ΥΠΟΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΙΚΟΝ ΑΠΟΣΤΗΜΑ
ΚΑΤΟΠΙΝ ΔΙΑΤΡΗΣΕΩΣ ΕΛΚΟΥΣ**

Ὅταν δι' ἓνα οἰονδήποτε λόγον — μικρά διατρήσις ἀποφραγθεῖσα, συμφύσεις κ.λ.π. — τὸ περιεχόμενον τοῦ στομάχου δὲν πλημμυρίζῃ τὴν περιτοναϊκὴν κοιλότητα, τότε τὰ συμπτώματα τροποποιῶνται ἀντιστοίχως.

Ὁ πόνος εἶναι ἐξ ἴσου ἔντονος, ὀλιγώτερον ὅμως ἀπὸ τὸ ἀρχικὸν στάδιον τοῦ εἶος. Τὰ ἐκ τῆς κοιλίας συμπτώματα ἐντοπίζονται ταχέως πρὸς τὸ ἄνω τμήμα αὐτῆς, λόγῳ τῆς δημιουργίας ὑποδιαφραγματικοῦ ἀποστήματος περιέχοντος ἀέρια.

Ἐάν τὸ ἀπόστημα δημιουργηθῇ ἐνωρίς, τὰ τοπικά σημεῖα μιᾶς ἐνδοπεριτοναϊκῆς διαπύσεως εἶναι ἐμφανῆ. Συνήθως ὅμως τὰ ἀποστήματα ταῦτα ἐμφανίζονται 1—2 ἑβδομάδας μετὰ τὴν διάτρησιν, ὁπότε ὁ ἀσθενὴς φαίνεται ἰαθεῖς. Ἀνώμαλος ὕψωσις τῆς θερμοκρασίας μετὰ ρίγους, λευκοκυττάρωσις, ἐντετοπισμένοι καὶ ἐλαφρᾶς ἐντάσεως πόνοι, ἀμβλύτης παρὰ τὴν βάσιν τοῦ πνεύμονος, εἶναι τὰ κυριώτερα σημεῖα χάρις εἰς τὰ ὁποῖα θ' ἀποκαλυφθῇ μία πυώδης ὑποδιαφραγματικὴ συλλογή.

ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ

Θὰ διακρίνωμεν δύο ομάδας περιλαμβανούσας διαφόρους νόσους. Εἰς μὲν τὴν πρώτην, ἡ χειρουργικὴ ἐπέμβασις εἴτε ἀπαγορεύεται, πάντως δὲν ἐπιτελεῖ· εἰς τὴν δευτέραν, ἡ ἐπέμβασις πρέπει νὰ εἶναι ἄμεσος, παρὰ τὸ γεγονὸς ὅτι ἡ αἰτιολογικὴ διάγνωσις τῆς διατρήσεως παρουσιάζει δυσχερείας.

Εἰς τὴν πρώτην ὁμάδα περιλαμβάνονται :

- Οἱ κωλικοὶ ἥπατος καὶ νεφρῶν.
- Κωλικοὶ ἐκ μολυβδιάσεως.
- Γαστρικὴ κρίσις τοῦ Tabes.
- Πλευροπνευμονία.

Ἡ δευτέρα ὁμάδα περιλαμβάνει :

- Ὁξειαν διατρηθεῖσαν ἢ μὴ σκωληκοειδίτιδα.
- Ὁξειαν παγκρεατίτιδα.
- Ὁξειαν ἐντερικὴν ἀπόφραξιν.

— Ρῆξιν ἐξωμητρίου κήσεως.

— Γενικὴν ἢ διάχυτον περιτονίτιδα ἐξ ἄλλων αἰτίων (διατρηθεῖσα χοληδόχος κ.λ.π.).

* * *

Πρώτη ὁμάς. Ἡ διάγνωσις ἐνός κωλικοῦ τοῦ ἥπατος (βλ. λεπτομερῆ περιγραφὴν εἰς τὸ κεφάλαιον περὶ χολολιθίασεως) ἢ τῶν νεφρῶν δὲν παρουσιάζει ἀνυπερβλήτους δυσχερείας. Ἐν πρώτοις οὐδέποτε παρατηρεῖται ἡ χαρακτηριστικὴ σύσπασις τῶν κοιλιακῶν τοιχωμάτων. Ἡ ἐντόπισις ἐξ ἄλλου ὡς καὶ ἡ ἀντανάκλασις τοῦ πόνου, ὁ μετέπειτα πιθανὸς ὑπικτερος ἢ ἴκτερος, ἢ ἡ αἱματουρία, ὑποβοηθοῦν τὴν διάγνωσιν, ἀκόμη καὶ ὅταν λόγῳ τοῦ δριμυτάτου πόνου ὁ ἄρρωστος παρουσιάζῃ φαινόμενα χος. Ἀλλὰ καὶ ἡ στάσις τοῦ ἄρρώστου εἶναι χαρακτηριστικὴ. Εἰς περίπτωσιν διατρήσεως οὗτος εἶναι ἀκίνητος εἰς τὴν κλίνην του, ἀνίκανος διὰ κάθε μετακίνησιν, φοβούμενος οἰανδήποτε ἐπαφὴν ἰκανὴν νὰ ἐπιτελεῖν τὸν ἔντονον πόνον. Τούναντίον, εἰς περίπτωσιν κωλικῶν, ὁ ἄρρωστος εἶναι ἀνήσυχος, μετακινούμενος συνεχῶς ἐν τῇ κλίνῃ του, ἀναζητῶν τὴν κατάλληλον θέσιν ἢ ἀκόμη καὶ ὄρθιος καὶ βαδίζων, καμπτόμενος εἰς δύο λόγῳ τοῦ ἐπωδύνου παροξυσμοῦ.

Κωλικὸς ἐκ μολυβδιάσεως παρατηρεῖται εἰς τὴν χρονίαν καὶ ἐπαγγελματικὴν κυρίως νόσον, ἣτις χαρακτηρίζεται ἀπὸ προηγηθέντα τοξικά συμπτώματα ἅτινα καταλήγουσιν εἰς κωλικόν: Πόνος κοιλιακὸς ὀξὺς καὶ διάχυτος, μὲ κυρίαν ἔδραν τὴν μεσότητα τῆς κοιλίας κάτωθεν τοῦ ὀμφαλοῦ. Ἡ διάρκεια τῆς κρίσεως ποικίλλει ἀπὸ ὀλίγων ὥρων μέχρι καὶ ἑβδομάδος. Ὁ ἄρρωστος ἀνακουφίζεται διὰ τῆς βαθείας πιέσεως τῶν κοιλιακῶν τοιχωμάτων. Εἰς ὅλας αὐτάς τὰς περιπτώσεις θ' ἀναζητήσωμεν τὴν χαρακτηριστικὴν οὐλίτιδα, τὴν κυανὴν γραμμὴν τοῦ Burton.

Ἡ γαστρικὴ κρίσις τοῦ tabes δυνατὸν νὰ ἐπιφέρῃ σύγχυσιν λόγῳ τοῦ ἐντόνου πόνου καὶ τῶν συνεχῶν ἐμέτων. Ἔχουν ὅμως ἀναφερθῆ καὶ διατρήσεις μὲ συνύπαρξιν τῶν ἄλλων σημείων tabes. Ἡ ἀναζήτησις τῶν ἀντανεκλαστικῶν, τὸ σημεῖον Argyl—Robertson, προηγηθεῖσαι παρόμοιαι κρίσεις, ἢ ἀπουσία συνεσπασμένης κοιλίας, θὰ βοηθήσουν τὴν διαφορικὴν διάγνωσιν.

— Αἱ διάφοροι πλευριτίδες καὶ πνευμονίαι, δεξιαί ἢ ἀμφοτερόπλευροι, θὰ διαχωρισθοῦν χάρις εἰς τὰ ἐκ τῆς ἀκροάσεως σημεῖα, τὴν ταχυσφυγμίαν, τὸν πυρετὸν κ.λ.π. Δέον ὅμως νὰ ὑπομνησθῇ, ὅτι διεπράχθησαν διαγνωστικὰ σφάλματα καὶ

έχειρουργήθησαν, από τούς πλέον διασήμους χειρουργούς, ἄρρωστοι, διότι παρουσίαζον τὸν κλασσικὸν πόνον —εἰς τὰ παιδιά κυρίως— κατὰ τὸν δεξιὸν λαγόνιον βόθρον, ὅστις παρατηρεῖται κατὰ τὴν εἰσβολὴν μιᾶς πνευμονίας.

Εἰς ὅλας αὐτάς τὰς περιπτώσεις πρέπει νὰ γίνεται λεπτομερὴς ἐξέτασις τῶν πνευμόνων καὶ τῆς καρδίας. Ἐκτὸς τῆς ἀναφερθείσης πνευμονίας εἰς τὰ παιδιά καὶ πλευρίτιδος εἰς τούς ἐνήλικας, πρέπει νὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν τὴν ρευματικὴν περικαρδίτιδα τῶν παιδῶν, κατὰ τὴν ὁποίαν, ὡς γνωστὸν, παρατηροῦνται γνήσιαι κοιλιακαὶ κρίσεις κατὰ τὴν διαδρομὴν μιᾶς ἀγνωσμένης νόσου τοῦ Bouillaud. Ἐπίσης τὸ ἔμφραγμα τοῦ μυοκαρδίου παρουσιάζει ἐνίοτε μεγάλας διαγνωστικὰς δυσχερείας.

Δευτέρα ὁμάς: Ὁξεία διατρηθεῖσα σκωληκοειδίτις. Τὸν μεγαλύτερον ἀριθμὸν διαγνωστικῶν πλανῶν συγκεντρώνει μόνη ἡ διάτρησις τῆς σκωληκοειδοῦς, δεδομένου ὅτι συγγέεται συχνότατα μὲ τὴν διάτρησιν τοῦ ἔλκουσ. Τὰ λάθη ταῦτα ὀφείλονται ἀφ' ἑνὸς μὲν εἰς τὴν μεγάλην συχνότητά της, ἀφ' ἑτέρου εἰς τὴν κοινὴν συμπτωματολογίαν μὲ τὴν διάτρησιν.

Ἐπάρχουν βεβαίως τὸ ἱστορικόν, τὰ συμπτώματα ἐκάστης νόσου καὶ μερικὰ ἴδια τοπικά εὐρήματα. Πλὴν ὅμως, κατὰ τὸ στάδιον ἰδίως τῆς φαινομενικῆς ὑφέσεως, ἢ ὀλίγας ὥρας μετὰ τὴν ἐπελθοῦσαν διάτρησιν, καὶ ὁ πόνος καὶ ἡ σύσπαισις δυνατὸν νὰ ἐντοπισθοῦν εἰς τὸν δεξιὸν λαγόνιον βόθρον.

Τοῦτο ὀφείλεται εἰς τὸ ὅτι τὰ γαστρικά ὑγρά διὰ τῆς διατρήσεως κατέρχονται δεξιὰ πρὸς τὸν λαγόνιον βόθρον καὶ ἐκεῖθεν διαχέονται πρὸς ὀλόκληρον τὴν κοιλίαν. Ἡ κατάστασις αὕτη ἐκλαμβάνεται τότε ὡς σκωληκοειδίτις, πλείστοι δὲ ὅσοι χειρουργοὶ ὁμολογοῦν ὅτι ἤρχισαν τὴν ἐπέμβασίν των ἀπὸ τὸ σημεῖον τοῦτο.

Διὰ τὴν διάγνωσιν μιᾶς ὀξείας σκωληκοειδίτιδος θὰ διακρίνωμεν δύο στάδια ἐξελίξεως :

- α) Πρὸ τῆς διατρήσεως.
- β) Μετὰ τὴν διάτρησιν.

α) Πρὸ τῆς διατρήσεως: Τὰ κυριώτερα συμπτώματα μιᾶς μὴ εἰσέτι διατρηθείσης σκωληκοειδίτιδος εἶναι :

— Ὁ πόνος. Οὗτος ἐμφανίζεται ἀρχικῶς παρὰ τὸ ἐπιγάστριον ἢ τὴν ὀμφαλικὴν χώραν, ἀργότερον δὲ ἐντοπίζεται περίξ τοῦ σημείου τοῦ Mc Burney. Εἰς περίπτωσιν ὀπισθοκυφλικῆς σκωληκοειδοῦς ὁ πόνος θὰ ἐκδηλωθῇ εὐθύς ἐξ ἀρχῆς κατὰ τὴν δεξιάν λαγόνιον χώραν.

Τὰ αἷτια τοῦ πόνου εἶναι ἡ αὔξησις τῶν περισταλτικῶν κινήσεων τῆς ἀποφύσεως λόγω σχετικῆς ἢ ὀλικῆς ἀποφράξεως τοῦ αὐλοῦ τῆς, εἴτε ἐκ στερεῶν οὐσιῶν εἴτε ἐξ οἰδήματος τοῦ βλεννογόνου. Μία μικροβιακὴ λοίμωξις προκαλεῖ συσσώρευσιν διαφόρων προϊόντων, τὰ ὁποῖα διαστελλοῦν τὴν ἀπόφυσιν. Σημειώτεον ὅμως ὅτι ὁ πόνος δυνατὸν νὰ εἶναι ἀνταντακλαστικὸς καὶ νὰ ὀφείλεται εἰς σπασμὸν τοῦ πυλωροῦ.

— **Ναυτίασις, ἔμετοι:** Ἐμφανίζονται συνήθως ὀλίγας ὥρας μετὰ τὸν πόνον, κυρίως δὲ εἰς ἄπαιδιά. Οἱ πολλοὶ καὶ συχνοὶ ἔμετοι ἄμα τῇ εἰσβολῇ μιᾶς κρίσεως μαρτυροῦν τὸν βαθμὸν διατάσεως τῆς σκωληκοειδοῦς ἀποφύσεως καὶ ἐπομένως τὸν ἄμεσον κίνδυνον διατρήσεως.

— **Τοπικὴ σύσπασις:** Ἀνευρίσκεται ἐν τῷ βάθει καὶ ὀλίγον ὑπὸ τὸ μέσον τῆς γραμμῆς τῆς ἐνούσης τὸν ὀμφαλὸν μετὰ τῆς ἄνω προσθίας λαγονίου ἀκάνθης. Συνυπάρχει συνήθως καὶ μία τοπικὴ ὑπερευαισθησία τοῦ δέρματος.

— **Ὁ πυρετός:** Δὲν ἐμφανίζεται ἀμέσως, ὅπως ὀδηγεῖται ὅμως ἐντὸς τῶν πρώτων 24 ὥρων. Ἐὰν ἄμα τῇ ἐκδηλώσει μιᾶς ὀξείας κρίσεως ἢ θερμοκρασία ἀνέλθῃ ἀποτόμως καὶ σημαντικῶς, δὲν συνηγορεῖ ὑπὲρ τῆς διαγνώσεως ὀξείας σκωληκοειδίτιδος.

— **Ὁ σφυγμός:** Παρουσιάζει μικρὰν ἐπιτάχυνσιν. Δυνατὸν νὰ εἶναι φυσιολογικὸς, ἀκόμη καὶ ὅταν ὑπάρχῃ πυρετός. Κάθε συνεχίζομένη ἐπιτάχυνσις τοῦ σφυγμοῦ ἐρμηνεύει εἴτε τὴν ἐπέλευσιν μιᾶς τοπικῆς περιτονίτιδος εἴτε ὑποδεικνύει τὴν διάτασιν καὶ ἐπιμόλυνσιν τῆς ἀποφύσεως.

— **Ἡ λευκοκυττάρωσις** εἶναι σταθερά.

β) **Μετὰ τὴν διάτρησιν:** Κατὰ τὸ στάδιον αὐτὸ θὰ ἔχωμεν ὄχι μόνον τὰ προηγουμένως περιγραφέντα συμπτώματα, ἀλλὰ ἐπὶ πλεον τῆς τοπικῆς ἢ διαχύτου περιτονίτιδος θὰ παρατηρήσωμεν συνήθως αὔξησιν τοῦ πόνου, ἐπανάληψιν τῶν ἐμέτων, τὰ δὲ τοπικὰ σημεῖα θὰ ποικίλλουν ἀναλόγως τῆς τοπογραφικῆς θέσεως τῆς σκωληκοειδοῦς, ὡς θὰ ἴδωμεν εἰς τὰς κλινικὰς μορφάς.

Ἐν περιλήψει, τὰ διαφορικὰ σημεῖα τὰ ὁποῖα χαρακτηρίζουν τὴν διάτρησιν τῆς σκωληκοειδοῦς εἶναι: Πόνος ὀξὺς προοδευτικῶς ἐντεινόμενος, οὐχὶ ἀπότομος καὶ οὐχὶ τόσο ἐντονος, ὅπως εἰς τὴν διάτρησιν τοῦ ἔλκουσ. Ἐδράζεται παρὰ τὸ σημεῖον Mc Burney, πολὺ σπανιώτερον παρὰ τὸ ἐπιγάστριον ἢ τὸ πλευρικὸν τόξον. Ἡ σύσπα-

σις έντοπίζεται κυρίως είς τό δεξιόν κάτω τεταρτημόριον. Ἡ ήπατική άμβλύτης ούδέποτε σχεδόν έξαφανίζεται. Ὁ πυρετός, ὁ σφυγμός, έν τή άρχή τούλάχιστον, δέν έμφανίζουσι τόν είς τάς διατρήσεις τών έλκων παρατηρούμενον διχασμόν. Ὅταν ή περιτονίτις γενικευθῆ, ή διαφορική διάγνωσις εἶναι σχεδόν αδύνατος, αλλά παύει πλέον νά έχη τήν αὐτήν πρακτικήν σημασίαν.

Ἀπό έργαστηριακῆς άπόψεως φαίνεται ὅτι ή καθίζησις εἶναι ταχέα είς τήν σκωληκοειδίτιδα καί φυσιολογική είς τό διατηρηθέν έλκος.

ΚΛΙΝΙΚΑΙ ΜΟΡΦΑΙ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΟΣ

Ἡ όξεϊα σκωληκοειδίτις δέν έκδηλοῦται πάντοτε μέ τήν κλασσικήν ὡς άνωτέρω περιγραφείσαν κλινικήν εἰκόνα. Ὑπάρχουσι καί άνώμαλοι μορφαί έξαρτώμεναι είτε άπό τήν άνατομικήν θέσιν τῆς σκωληκοειδοῦς είτε άπό τήν άπρόβλεπτον ένίστε εξέλιξιν τῆς νόσου.

Ἡ άνώμαλος θέσις τῆς άποφύσεως ή καί μόνον τῆς κορυφῆς τῆς εὐθύνεται δι' άρκετάς άτύπους έκδηλώσεις. Αἱ άριστεραί σκωληκοειδίτιδες ὡς καί αἱ ὑπό τό ήπαρ δέν εἶναι συχναί, ὅταν ὁμως ὑπάρχουσι έκδηλοῦνται δι' έκτόπων σημείων.

Ἡ ὀπισθοτυφλική σκωληκοειδίτις έκδηλοῦται συχνά μέ διαχύτους πόνους ὑπό τύπον κωλικῶν, οἵτινες έν συνεχείᾳ έντοπίζονται δεξιά, μειούμενοι είς έντασιν. Τό κυριώτερον σημεῖον εἶναι ή μεγίστη έντασις καί ή ἔδρα τοῦ πόνου ὀπισθεν καί ὕπερθεν τῆς λαγονίου άκρολοφίας. Εἰς τήν χώραν ταύτην θ' άνευρεθῆ καί ή αντίστασις, ένῶ ὁ δεξιός λαγόνιος βόθρος εἶναι σχετικῶς εὐαίσθητος κατά τήν βαθεΐαν πίεσιν, άνευ ὁμως άντιστάσεως. Ἡ δακτυλική εξέτασις δυνατὸν ν' άποβῆ άρνητική.

Ἡ πρὸς τήν έλάσσονα πύελον κατερχομένη σκωληκοειδής, ὅταν προσβληθῆ, έκδηλοῦται διά κυστικῶν σημείων, ὅπως συχνουρίας, τεινεσμοῦ κ λ. π. Ὁ έντετοπισμένος πόνος άνευρίσκεται μόνον διά τῆς δακτυλικῆς ή κοιλιακῆς εξέτάσεως. Ὁ κοιλιακός πόνος δυνατὸν νά εἶναι χαμηλά, παρά τόν δεξιόν λαγόνιον βόθρον, έπιγαστρικός ή καί άνύπαρκτος. Τά κοιλιακά τοιχώματα μαλακά καί άνώδυνα, ή ὅπου παρατηρεῖται άντίστασις, αὐτή ὑπάρχει χαμηλά ὕπερθεν τοῦ βουβωνικοῦ συνδέσμου ή τῆς ήβικῆς συμφύσεως.

Ἡ πρὸς τήν μέσην γραμμὴν έκτοπος σκωληκοειδής προκαλεῖ κυρίως διαταραχάς ὑπό συχνήν μορφήν έμπυρέτου έντερικῆς άποφράξεως. Κατά τήν ψηλάφησιν ή εὐαίσθησις θά έντοπισθῆ

κυρίως παρά τὸν ὀρθὸν μὲν καὶ ὑπερθεν τοῦ ὀμφαλοῦ, ἐνίοτε ὅμως εἶναι διάχυτος. Ἡ ἀντίστασις δὲν ἀνευρίσκεται πάντοτε σταθερῶς.

Αἱ ἔκτοποι ὅμως σκωληκοειδίτιδες δὲν ἐκδηλοῦνται πάντοτε διὰ παθογνωμονικῶν συμπτωμάτων. Τὰ κυστικά φαινόμενα δυνατόν νὰ παρατηρηθοῦν καὶ εἰς τὴν ὀπισθοτυφλικὴν σκωληκοειδίτιδα, χαρακτηριζόμενα ἀπὸ συχνὰς καὶ ἐπωδύνους οὐρήσεις, ἀπὸ ἐπίσχεσιν τῶν οὔρων, ἀλλὰ καὶ ἀπὸ ὑψηλὰ καὶ παρά τὸν νεφρὸν ἐντοπιζόμενους πόνους, ἀπὸ πόνους ἀντανεκλωμένους πρὸς τοὺς ὄρχεις, ἀκόμη καὶ ἀπὸ αἱματουρίαν. Τὰ αὐτὰ κυστικά φαινόμενα δυνατόν νὰ παρατηρηθοῦν καὶ εἰς τὴν μέσην σκωληκοειδίτιδα. Τὰ μόνα χαρακτηριστικά σημεῖα ἐκάστης ἐντοπίσεως εἶναι διὰ μὲν τὴν ὀπισθοτυφλικὴν ὁ πόνος ὑπερθεν καὶ ὀπισθεν τῆς λαγονίου ἀκρολοφίας, διὰ τὴν ἐν τῇ ἐλάσσονι πυέλω ὁ πόνος ὁ ἀνευρισκόμενος μόνον μὲ τὴν δακτυλικὴν ἐξέτασιν καὶ διὰ τὴν μέσην, τὸ σύνδρομον τῆς ἐντερικῆς ἀποφράξεως ἀπουσία κάθε πυελικοῦ ἀποστήματος.

Ἄλλὰ καὶ εἰς περιπτώσιν φυσιολογικῆς, ἀπὸ τοπογραφικῆς ἀπόψεως, σκωληκοειδοῦς, δυνατόν ἢ ὀξεῖα κρίσις νὰ ἔχη ἀνωμάλους ἐκδηλώσεις. Οὕτως ὁ αὐτόματος καὶ σταθερὸς πόνος παρουσιάζει ποικιλίας. Ἡ ἀρχικὴ του ἔδρα δυνατόν νὰ εἶναι ἐπιγαστρικὴ, περιομφαλικὴ ἢ παρά τὸ ὑπογάστριον. Δυνατόν νὰ εἶναι διάχυτος, ἀβληχρὸς καὶ προσδευτικῶς ἐκδηλούμενος. Τὰ ἄλλα συμπτώματα, ὅπως ἔμετοι, ναυτίαςις, δυσκοιλίότης, δυνατόν ν' ἀπουσιάζουν, ἐνῶ ἡ διάρροια δὲν εἶναι σπανία. Ὁ πυρετὸς δύναται ἐπίσης ν' ἀπουσιάζῃ, ἀλλὰ πολὺ σπανίως θ' ἀνέλθῃ εἰς τοὺς 40° συνοδευόμενος ἀπὸ κεφαλαλγίαν, τυφώδη κατάστασιν κ. λ. π. Ὁ σφυγμὸς δυνατόν νὰ εἶναι φυσιολογικὸς ἢ καὶ βραδύς. Εἰς τινὰς περιπτώσεις ἀπουσιάζει καὶ ἡ ἀντίστασις τῶν κοιλιακῶν τοιχωμάτων, ἂν καὶ ἡ ἐπιμελὴς ἐξέτασις θ' ἀποκαλύψῃ μίαν περιορισμένην εἰς ἕκτασιν ἀντίστασιν.

Τὸ μόνον σταθερὸν καὶ πιστὸν σημεῖον εἶναι ὁ πόνος κατὰ τὴν ψηλάφησιν. Ἡ ἔδρα του ὅμως ποικίλλει καὶ δὲν ἀνταποκρίνεται πρὸς τὸ κλασσικὸν σημεῖον τοῦ Mc Burney Ἄλλὰ καὶ ἡ μετακίνησις τοῦ πόνου δὲν ἀντιστοιχεῖ πάντοτε πρὸς τὴν ἔδραν τῆς σκωληκοειδοῦς. Μολαταῦτα ὁ κατὰ τὴν ψηλάφησιν ἀνευρισκόμενος αὐτὸς πόνος ἀπουσία κάθε ἄλλου συμπτώματος, ἀκόμη καὶ μὲ μαλακὴν κοιλίαν, ἀποκτᾷ ἰδιαίτουσαν διαγνωστικὴν ἀξίαν. Ὅπωςδὴποτε ἡ ἀβληχρὰ εἰσβολὴ μιᾶς κρίσεως σκωληκοειδίτιδος δὲν σημαίνει καὶ εὐνοϊκὴν ἐξέλιξιν.

Ἄτυποι ἐκδηλώσεις ὀξεῖας σκωληκοειδίτιδος παρατηροῦνται ἐπίσης εἰς τινὰς ἰδιαιτέρας καταστάσεις. Ἡ κατὰ τὴν διαδρομὴν ἐνός

τυφοειδοῦς παρατηρουμένη σκωληκοειδίτις ἐξελίσσεται ὑπούλως, ὅπως ἐξ ἄλλου καὶ αἱ ἄλλαι ἔντερικαὶ ἐπιπλοκαί.

Εἰς τὴν ἔγκυον, ἡ ἔδρα τοῦ πόνου δυνατόν νὰ εἶναι πολὺ ὕψηλά, συχνά δὲ ἀπουσιάζει ἡ ἀντίστασις τῶν τοιχωμάτων λόγῳ τῆς αὐξήσεως εἰς ὄγκον τῆς μήτρας.

Εἰς τοὺς γέροντας, ἡ συμπτωματολογία εἶναι λιαν ἀβληχρά: Ἐλαφρὰ ναυτίασις ἢ ἀβληχροὶ κωλικοὶ, θερμοκρασία φυσιολογική, τοιχωματικὴ ἀντίστασις ἀνύπαρκτος ἢ ἐλάχιστα ἐκσεσημασμένη. Ὑπάρχει ὁμως ὁ προκλητὸς πόνος.

Εἰς τὰ παιδία ἡ σκωληκοειδίτις εἶναι συχνωτάτη καὶ ἐκδηλοῦται ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον μὲ τὴν τυπικὴν κρίσιν. Ἡ ἀπροθυμία τοῦ μικροῦ ἄρρώστου ὅπως ὑποβληθῇ εἰς ἐξέτασιν δυσχεραίνει τὴν διαπίστωσιν τοιχωματικῆς ἀντιστάσεως καὶ τὴν ὁμολογίαν τοῦ προκλητοῦ πόνου. Ὑπάρχουν ὁμως καὶ ἄτυποι μορφαὶ κατὰ τὴν ἡλικίαν ταύτην: Ἡ εἰσβολὴ δυνατόν νὰ ὑποδυθῇ τὴν ἔντεροκωλίτιδα ἢ μίαν στομαχικὴν διαταραχὴν. Νὰ ἐκδηλωθῇ διὰ διαρροϊκῶν φαινομένων, βραδυσφυγμίας, μὲ οὐδόλως ἢ ἐλάχιστον πυρετόν. Ὁ πόνος νὰ καταλαμβάνῃ ὀλόκληρον τὸν δεξιὸν λαγόνιον βόθρον καὶ νὰ συνοδεύεται ἀπὸ κυστικὰ φαινόμενα. Ἄλλοτε πάλιν προσλαμβάνει τὴν μορφήν μιᾶς γενικῆς λοιμώξεως, μὲ τυφώδες προσωπεῖον καὶ συμπτώματα ἐκ τῶν μηνίγγων.

Ὅσακις διαστάζομεν περὶ τὴν διάγνωσιν, δεόν νὰ ἀποφύγωμεν τὴν χορήγησιν ὀπιούχων, τὰ ὅποια θέλουν τὴν συσκοτίσει ἔτι περισσότερο, ἰδίως εἰς τὰ παιδία, διὰ τὰ ὅποια ἡ μόνη ἔνδειξις εἶναι ἡ τοποθέτησις τῆς παγοκύστεως. Ἄλλὰ καὶ τὰ βιοθεραπευτικὰ τὰ ὅποια χρησιμοποιοῦμεν διὰ τὴν «ψῦξιν» τῆς κρίσεως ὑποβοηθοῦν ἐνίστε τὴν ἀθόρυβον ἐγκατάστασιν μιᾶς διαχύτου περιτονίτιδος, ἐλευθέρως ἢ ἐγκεκυστωμένης, μὲ βαρεῖαν πρόγνωσιν, ὥστε πολλοὶ χειρουργοὶ τὰ θεωροῦν ἐξ ἴσου ἐπικίνδυνα ὅσον καὶ τὴν μορφίνην.

ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΣ

Μᾶλλον σπανία, ἐκλαμβάνεται συχνότατα ὡς διάτρησις ἐνδοκοιλιακοῦ ὄργανου καὶ ὡς τοιαύτη χειρουργεῖται, καὶ τοῦτο διότι σπανίως τὴν σκεπτόμεθα.

Εἰς ἕτερον κεφάλαιον θ' ἀσχοληθῶμεν λεπτομερῶς μὲ τὴν αἰτιολογίαν καὶ τὰς κλινικὰς μορφὰς τῆς ὀξείας παγκρεατίτιδος. Σήμερον θ' ἀναφέρωμεν ἀπλῶς τὰ σημεῖα ἐκεῖνα, τὰ ὅποια ἐπιτρέπουν τὴν διαφορικὴν διάγνωσιν μὲ μίαν διάτρησιν.

Τὰ κυριώτερα συμπτώματα εἶναι τὰ ἑξῆς:

— Ὁ πόνος. Δυνατὸν νὰ ἔχουν προηγηθῆ τῆς μεγάλης κρίσεως μικροὶ εἰς ἔντασιν πόνοι, εἰς τοὺς ὁποίους ὅμως δὲν ἀπεδόθη ἡ δέουσα σημασία. Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ἡ εἰσβολὴ εἶναι δραματικὴ, συνήθως μὲ λιποθυμίαν, εἰς τινὰς δὲ περιπτώσεις ὁ θάνατος ἐπῆλθεν ἐκ συγκοπῆς. Πόνος ὀξύτατος, αἰφνίδιος, τῆς αὐτῆς ἐντάσεως ἀπὸ τῆς ἐκδηλώσεώς του. Ἐντοπίζεται παρὰ τὸ ἐπιγάστριον, ἐνίοτε εἰς ἓν ἐκ τῶν δύο ὑποχονδρίων. Ἀντανακλάται πρὸς οἰανδήποτε κατεύθυνσιν ὅταν ὅμως ὀδεύῃ πρὸς τὸν ἀριστερὸν ὤμον καὶ ὠμοπλάτην, ἢ καὶ ὀπισθεν πρὸς τὴν ὀσφύν, εἶναι χαρακτηριστικὸς μιᾶς ὀξείας παγκρεατίτιδος. Ὁ πόνος οὗτος δὲν καταπραῦνεται συνήθως μὲ τὴν μορφίνην.

— C h o c : Σημεῖον σταθερὸν, συνοδεύει πάντοτε τὸν πόνον. Ὁ ἄρρωστος ἔχει ὄψιν βαρέως πάσχοντος, μὲ πρόσωπον ὠχρὸν, ἀγχῶδες καὶ κάθιδρον. Τὰ ἄκρα εἶναι ψυχρά, ἡ φωνὴ ἀσθενεστάτη, ἡ διανοητικὴ διαύγεια πλήρης. Ἡ ἐπιπρόσθετος κυάνωσις τοῦ προσώπου χαρακτηρίζει παθογνωμονικῶς τὴν ὀξείαν παγκρεατίτιδα. Εἰς τὰς ἡμίσεις τῶν περιπτώσεων παρατηρεῖται ὑπίκτηρος, λόγῳ τῆς πιέσεως τοῦ χοληδόχου πόρου ἀπὸ τὴν ἐξοιδημένην κεφαλὴν τοῦ παγκρέατος.

— Θερμοκρασία καὶ σφυγμός: Ἀρχικῶς ὁ σφυγμὸς εἶναι βραδύς, πλήρης, ἰσχυρός. Μετὰ μίαν ὥραν ἀλλοιοῦται καὶ ταχύτατα ἐπιταχύνεται, γίνεται ἀσθενέστερος. Ἀπὸ τῆς μιᾶς ὥρας εἰς τὴν ἄλλην αἱ σφύξεις διπλασιάζονται.

Ἡ θερμοκρασία φθάνει τοὺς 38°, ἐνίοτε ὀλιγώτερον, οὐδέποτε σχεδὸν περισσώτερον. Οὕτω, μὲ σφύξεις 120 ἢ 140 ἡ θερμοκρασία ἀνέρχεται εἰς τοὺς 37,8°—38,2°. Ὁ διαχωρισμὸς αὐτὸς ἀποτελεῖ ἀριστον διαγνωστικὸν σημεῖον.

— Οἱ ἔμετοι: Σταθεροί, ἐμφανίζονται συγχρόνως μὲ τὸν πόνον ἢ ὀλίγον ἀργότερον. Συχνοί, συνεχεῖς, ἀκατάσχετοι, ἄφθονοι, ἄνευ προσπαθείας ἐκ μέρους τοῦ ἀρρώστου, τὸν ὁποῖον καὶ σπανίως ἀνακουφίζουν. Ἐν τῇ ἀρχῇ εἶναι τροφώδεις, χολώδεις, βλενωδεις, οὐδέποτε κοπρανώδεις.

Εἰς τὰ τέσσαρα αὐτὰ κύρια συμπτώματα δεόν νὰ προστεθοῦν: ἐνίοτε ἡ στάσις κοπράνων καὶ ἀερίων λόγῳ ἀντανακλαστικῆς ἀποφράξεως, παραλυτικῆς ἢ σπαστικῆς, ὅπως καὶ ἡ ἐπίσχεσις οὕρων. Θὰ παρατηρήσωμεν ἐπίσης δύσπνοϊαν, αὐξησιν τῶν ἀναπνευστικῶν κινήσεων, ψυχροὺς ἰδρώτας. Ἐκτὸς τῶν ὡς ἄνω κλασ-

σικῶν συμπτωμάτων, τὰ ὁποῖα ἐρμηνεύουν τὴν ἐπελθοῦσαν καταστροφήν, περιγράφονται τελευταίως καὶ ἕτερα, ὀλιγώτερον συχνά.

Παρατηρήθησαν οὕτω ἀγγειακαὶ διαταραχαὶ συνιστάμεναι εἰς ἐρυθρότητα τοῦ προσώπου, εἰς τὸν ἔντονον σφυγμόν, εἰς τὴν παροδικὴν ἀνύψωσιν τῆς ἀρτηριακῆς πίεσεως ἀπὸ 30 ἕως 80 χιλ. Hg.

Παρατηρήθησαν ἐπίσης ἀλλοιώσεις ἐκ τῶν νεφρῶν, διαπιστούμεναι κατὰ τὰς διαφόρους ἐξετάσεις τῶν οὕρων, τὰς γιγνομένης κατὰ τὴν κρίσιν: Λευκωματουρία, μικροσκοπικὴ αἱματουρία, ὑπαρξίς λευκοκυττάρων καὶ κυλίνδρων. Ταῦτα ἐξαφανίζονται συγχρόνως μὲ τὴν ἐπερχομένην ἴασιν. Σπανιώτερον παρατηρεῖται αὐξήσις τῆς οὐρίας μέχρις 1,0 γρ. ‰.

Παρατηρήθησαν ἐπίσης περιπτώσεις συγχρόνου προσβολῆς τοῦ περικαρδίου καὶ ὑπεζωκότος, ἐκδηλουμένης διὰ περικαρδίτιδος καὶ πλευρίτιδος.

Ἡ ἐξέτασις τοῦ ἀρρώστου θ' ἀποκαλύψῃ τὴν ἀντίθεσιν τῶν ἀβληχρῶν τοπικῶν συμπτωμάτων πρὸς τὰ δραματικὰ γενικὰ τοιαῦτα.

Κατὰ τὴν ἐπισκόπησιν θὰ παρατηρήσωμεν διάτασιν τῆς κοιλίας προῶρως ἐπερχομένην, ἐντετοπισμένην παρὰ τὸ ἐπιγάστριον, ἀλλὰ καὶ δεξιὰ ἢ καὶ ἀριστερά, ἢ καὶ μόνον διάτασιν τοῦ ἐγκαρσίου κώλου. Περισταλτικαὶ κινήσεις δὲν διαγράφονται. Ἡ διάτασις αὕτη δὲν παρατηρεῖται πάντοτε, δὲν εἶναι ἐκσεσημασμένη καὶ δὲν ἐμφανίζεται συγχρόνως μὲ τὸν πόνον.

Παρὰ τὰς ὀσφύς θὰ παρατηρήσωμεν τὰς χαρακτηριστικὰς ἐκχυμώσεις ὑπὸ μορφὴν πρασινοκιτρίνων ἢ πορφυρῶν κηλίδων. Εἶναι παθογνωμονικαὶ τῆς ὀξείας αἱμορραγικῆς παγκρεατίτιδος καὶ ἐρμηνεύουν τὴν εἰς τοὺς ἱστοὺς ἀφίξιν τοῦ ἀποβληθέντος αἵματος. Ἐμφανίζονται ὅμως μᾶλλον ἀργά, 2 ἢ καὶ 3 ἡμέρας μετὰ τὴν εἰσβολὴν, ἔαν φυσικὰ ὁ ἀρρώστος ἐπιζήσῃ.

Ἄτερον χαρακτηριστικὸν σημεῖον εἶναι ὅτι ἡ κοιλία ἀναπνέει.

Κατὰ τὴν ψηλάφησιν δὲν θ' ἀνεύρωμεν τὴν σύσπασιν τῶν κοιλιακῶν τοιχωμάτων. Δυνατὸν νὰ ὑπάρχῃ μικρὰ ἀντίστασις, οὐχὶ ὅμως καὶ σύσπασις. Εἰς σπανίᾳς περιπτώσεις παρατηρεῖται ἐντετοπισμένη σύσπασις. Γενικῶς ὅμως θὰ παρατηρήσωμεν διατεταμένην καὶ ἄνευ συσπάσεως κοιλίαν.

Ἡ ψηλάφησις εἶναι πάντοτε ἐπώδυνος. Ὁ πόνος ὑπάρχει ἐκεῖ ὅπου καὶ ἡ ἐντετοπισμένη σύσπασις, ὅταν ὑπάρχῃ τοιαύτη, ἦτοι παρὰ τὸ ἐπιγάστριον, παρὰ τὰ ὑποχόνδρια, καὶ κυρίως ἐκ δεξιῶν πρὸς τὰ

ἀριστερά. Θ' ἀναζητήσωμεν μίαν χαρακτηριστικὴν ἐντόπιον τοῦ πόνου ὀπισθεν καὶ ἀριστερά παρὰ τὸ σημεῖον ἐνώσεως σπονδύλου καὶ 12ης πλευρᾶς. Ἐνίοτε θὰ ψηλαφήσωμεν παρὰ τὸ ἐπιγαστριον μίαν διόγκωσιν συνήθως ἐγκαρσίαν.

Κατὰ τὴν ἐπίκρουσιν ἡ ἠχητικότης εἶναι φυσιολογική, σπανίως δὲ θὰ διαπιστώσωμεν τυμπανικότητα. Ἐνίοτε θὰ διακρίνωμεν διάτασιν τοῦ ἐγκαρσίου κώλου. Ἡ ἡπατική ἀμβλύτης δὲν ἔχει ἐξαφανισθῆ. Ἡ δακτυλικὴ ἐξέτασις εἶναι ἀρνητικὴ.

Ἐρρισμένοι ἐργαστηριακαὶ ἔρευναὶ ἐρμηνεύουν λειτουργικὰς διαταραχὰς τοῦ παγκρέατος.

— Σακχαρουρία. Ὅταν συνοδεύεται μὲ δξύτατον πόνον δέον νὰ ὑποπτευθῶμεν τὴν παγκρεατικὴν προέλευσιν.

— Ὁ προσδιορισμὸς τῆς λιπάσεως ἐν τῷ ὀρῷ τοῦ αἵματος δεικνύει αὐξήσιν ταύτης.

— Σπουδαιοτέραν σημασίαν ἔχει ὁ προσδιορισμὸς τῆς ἀμυλάσεως, δεδομένου ὅτι τὰ ἀποτελέσματα ἐπιτυγχάνονται ἐντὸς μιᾶς ὥρας. Ἡ φυσιολογικὴ ἀξία τῆς ἀμυλάσεως κατὰ τὴν τεχνικὴν τοῦ Somogyi εἶναι κάτω τῶν 25 mg. γλυκόζης. Αὐξήσεις τῶν ὡς ἄνω ἐνζύμων παρατηροῦνται καὶ εἰς ἄλλα ὀξεᾶ νοσήματα τῆς κοιλίας, ὅπως διατρηθὲν ἔλκος, ὀξεῖαν ἐντερικὴν ἀπόφραξιν, ὀξεῖαν περιτονίτιδα, ὀξεῖαν νεφρικὴν ἀνεπάρκειαν. Εἰς οὐδεμίαν ὁμως ἐκ τῶν ὡς ἄνω περιπτώσεων ἡ ἀμυλάση φθάνει τὸν ἀριθμὸν τῶν 500 mg, ὅπως εἰς τὴν ὀξεῖαν παγκρεατίτιδα.

— Εἰς τὰ οὖρα ὁ προσδιορισμὸς τῆς ἀμυλάσεως θὰ γίνῃ κατὰ τὴν μέθοδον τοῦ Wohlgemuth (φυσιολογικαὶ τιμαὶ 10—20 μ., ὀξεῖα παγκρεατίτις 100—200μ.).

Δέον ὁμως νὰ σημειωθῆ, ὅτι ἡ αὐξήσις τῆς ἀμυλάσεως ἐν τῷ αἵματι λαμβάνει χώραν 12—18 ὥρας μετὰ τὴν ἐκδήλωσιν τῆς νόσου, εἰς δὲ τὰ οὖρα μετὰ 24—48 ὥρας. Εἰς τὰς βαρεῖας ἐπομένως περιπτώσεις ἐπιβεβαίωσι ἀπλῶς τὴν κλινικὴν ἢ νεκροτομικὴν διάγνωσιν. Εἰς τὰς ὑποξείας ὁμως καταστάσεις ἀποκλείει μίαν χολολιθίαν, ὀξεῖαν χολοκυστίτιδα κ.ο.κ.

— Ἡ αὐξήσις τῆς ἀμυλάσεως συνοδεύεται συχνὰ καὶ ἀπὸ πτώσιν τῆς ἀλκαλικῆς παρακαταθῆκης καὶ ἀπὸ αὐξήσιν τοῦ σακχάρου ἐν τῷ αἵματι.

— Αἱ ἡπατικαὶ δοκιμασίαι εἶναι φυσιολογικαί. Παρατηρεῖται ὁμως συχνὰ καὶ προῶως πτώσις τῆς προδρομβίνης ὡς καὶ μεγάλη τοιαύτη τοῦ σιδήρου. Θὰ ἔχωμεν ἐπίσης ἐλάττωσιν τοῦ ἀσβεστίου ἐν τῷ αἵματι, κάτω τῶν 9 χιλ. %.

— Δοκιμασία του Loewe ή αδρεναλινική μυδρίασις. Μία ή δύο σταγόνες αδρεναλίνης διαλύματος 1^ο/₁₀₀ έγχύνονται έντός του θύλακος του έπιπεφυκότος, έπαναλαμβάνεται δέ τοϋτο μετά 5 λεπτά. Είς περίπτωσιν θετικής δοκιμασίας, έντός ήμισείας ώρας διαστέλλεται μόνη ή κόρη του όφθαλμου τούτου. 'Η δοκιμασία αύτη έρμηνεύει μίαν διαταραχήν των έπινεφριδίων λόγω συνεχομένης παθήσεως. Δέν είναι όμως παθολογική, δεδομένου ότι παρατηρείται είς τινας περιπτώσεις υπερθυρεοειδισμού.

— Περιληπτικώς ή διάγνωσις μιᾶς όξείας παγκρεατίτιδος θά βασισθῆ επί των έξης συμπτωμάτων :

— 'Απότομος ώς επί τό πλείστον έμφάνισις όξυτάτου πόνου είς άτομον παχύσαρκον, Ιδίως μετά πλουσιώτατον γεϋμα, με άναμνηστικόν χολολιθιάσεως. 'Ο πόνος φθάνει μέχρι λιποθυμίας άν όχι και συγκοπής, και συνοδεύεται υπό άφθόνων έμέτων και μεγάλου choc.

— Γενική κατάστασις βαρεία. Σφυγμός μικρός, ταχύς, άσθενής, με θερμοκρασίαν μη υπερβαίνουσαν τους 38°.

— Τά τοπικά εύρήματα άντιτίθενται πλήρως πρός την δραματικήν είσβολήν : Διάτασις της κοιλίας άνευ συσπάσεως, εύαισθησία κατά την ψηλάφησιν, άνευ έξαφανίσεως της ήπατικής άμβλύτητος. "Υπαρξίς κυανωτικων κηλίδων (σημείον του Halstead) και όπισθιος παρά την όσφύν πόνος (σημείον του Mayo - Robson).

— 'Από έργαστηριακής άπόψεως : Σακχαρουρία, υπεργλυκαιμία, μεγάλη αύξησις της άμυλάσης έν τῷ αίματι, δοκιμασία του Loewe.

ΟΞΕΙΑ ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΑΠΟΦΡΑΞΙΣ

'Η διαφορική διάγνωσις μεταξύ όξείας έντερικής άποφράξεως και διατρήσεως έξ έλκους δέν παρουσιάζει δυσχερείας εί μη μόνον είς τās περιπτώσεις εκείνας, καθ' ός οί άρρωστοι έξετάζονται είς προκεχωρημένην φάσιν έξελίξεως.

Τά κύρια συμπτώματα μιᾶς έντερικής άποφράξεως είναι τά έξής :

— Π ό ν ο ς έξαιρετικής έντάσεως άμα τῇ είσβολῇ. Σπανιότερον οϋτος έντείνεται προοδευτικώς. 'Ο άρρωστος ώχριᾷ, παρουσιάζει ψυχρούς ιδρώτας, άγωνιᾷ, ένίστε δέ και λιποθυμεί. 'Αναλόγως της αίτίας ποικίλλει και ή έδρα του πόνου. "Αλλοτε παρά τό έπιγάστριον, άλλοτε όπισθεν του όμφαλου πρός την σπονδυλικήν στήλην, είς τόν δεξιόν λαγόνιον βόθρον, παρά τό ίερόν όστοϋν. Ταχύτατα

ὅμως διαχέεται πρὸς ὀλόκληρον τὴν κοιλίαν. Οἱ πόνοι δὲν εἶναι συνεχεῖς, ἀλλὰ ἐπέρχονται κατὰ κύματα, κατὰ κρίσεις ἐξαιρετικῆς δριμύτητος, ἵνα ἐπακολουθήσῃ περίοδος ἡρεμίας, ὥστε ὁ ἄρρωστος νὰ θεωρῇ ἑαυτὸν ἰαθέντα. Ἡ διάρκεια τῶν ἐπωδύων κρίσεων ποικίλλει, ἐπέρχεται δὲ ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον κατὰ κανονικὰ διαστήματα, ρυθμικῶς. Τοῦτο ὀφείλεται εἰς τὰς περισταλτικὰς κινήσεις τοῦ ἐντέρου διὰ τῶν ὁποίων προσπαθεῖ νὰ ὑπερνικήσῃ τὸ κώλυμα.

— Ἐμετοί: Ἐμφανίζονται συγχρόνως μὲ τοὺς πόνους. Εἶναι ἐπομένως σύμπτωμα πρῶϊμον, σταθερόν, σχεδὸν παθολογικόν. Καὶ οὗτοι ἐπέρχονται κατὰ κύματα, χωρὶς ὅμως καὶ ν' ἀνακουφίζουν τὸν ἄρρωστον. Ἐν τῇ ἀρχῇ εἶναι τροφώδεις, ἐν συνεχείᾳ χολώδεις, πρασίνου χροιάς, ἀργότερον δὲ δύσομοι, κοπρανώδεις. Εἰς τὸ στάδιον αὐτὸ ἢ πρόγνωσης εἶναι βαρυτάτη. Ἡ ποσότης ὡς καὶ ἡ συχνότης τῶν ἐμέτων ἐξαρτῶνται ἐκ τῆς ἕδρας τοῦ κωλύματος. Ὅσον ὑψηλότερον εὐρίσκεται τοῦτο, τόσον καὶ οἱ ἔμετοι εἶναι πλεονεχῆ καὶ μεγάλης ποσότητος. Ὅταν τὸ ἐμπόδιον εὐρίσκεται χαμηλὰ π.χ. παρὰ τὸ ἀριστερὸν κῶλον, δὲν θὰ ἔχωμεν ἐν τῇ ἀρχῇ ἐμέτους ἢ ἐλαχίστους τοιούτους.

— Στάσις κοπράνων καὶ ἀερίων. Σύμπτωμα παθολογικόν. Πρέπει ὅμως νὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν ὅτι κατὰ τὴν πρώτην φάσιν τῆς ἀποφράξεως πιθανόν ὁ ἄρρωστος ν' ἀποβάλλῃ τὸ περιεχόμενον τοῦ τμήματος τοῦ ἐντέρου τοῦ εὐρισκομένου ὑπὸ τὸ ἐμπόδιον, ὡς ἐπίσης καὶ μερικά ἀέρια. Εἰς τοὺς ἀρρώστους αὐτοὺς δεόν ν' ἀποφευχθῇ ἡ χορήγησις καθαρτικῶν καὶ ὑποκλυσμῶν.

— Θερμοκρασία καὶ σφυγμός: Τὴν πρώτην ἡμέραν τῆς νόσου ἢ θερμοκρασία εἶναι φυσιολογική, ὁ δὲ ἀριθμὸς τῶν σφύξεων δὲν ὑπερβαίνει τοὺς 80. Παρουσία ἐπομένως ἀρρώστου μὲ ἡρεμον προσωπεῖον, μὲ ἀπυρεξίαν καὶ μὲ φυσιολογικὸν σφυγμὸν δὲν πρέπει ν' ἀποκλεισθῇ ἡ διάγνωσις ἐντερικῆς ἀποφράξεως καὶ νὰ ἀναβληθῇ ἡ χειρουργικὴ ἐπέμβασις, ἄνευ τῆς ὁποίας ὁ θάνατος δυνατὸν νὰ ἐπέλθῃ ἐντὸς 48 ὥρων.

— Ἡ ἐξέτασις τοῦ ἀρρώστου ἀποκαλύπτει δύο συμπτώματα:

- Τὸν μετεωρισμὸν
- Τὸν περισταλτισμὸν

Ὁ μετεωρισμὸς θεωρεῖται ὡς σημαντικὸν σύμπτωμα τῆς ἀποφράξεως. Διὰ μερικοὺς ὅμως χειρουργοὺς μᾶλλον ἐπιβραδύνει

παρά υποβοηθεῖ τὴν πρῶτον διάγνωσιν, οὕτως ὥστε νὰ διδάσκουν, ὅτι, ἐάν ἡ σύσπασις τῶν κοιλιακῶν τοιχωμάτων εἴναι τὸ κυριώτερον σημεῖον μιᾶς περιτονίτιδος, ὁ μετεωρισμὸς ἀποτελεῖ τελείως δευτερευθὸν σύμπτωμα τῆς ἀποφράξεως. Ὁ μετεωρισμὸς δύναται νὰ ἐμφανισθῇ ὑπὸ τρεῖς μορφάς :

α) ἔκσεσημασμένη διάτασις, διάχυτος ἢ κατὰ μῆκος τοῦ ἐντέρου, ὀφειλομένη εἰς τὴν ἀπόφραξιν τοῦ παχέος ἐντέρου, ἢ χαμηλὴν τοιαύτην τοῦ λεπτοῦ, ὅπου καὶ ψηλαφῶνται ἐνίοτε ὑπὸ τὰ λεπτὰ κοιλιακὰ τοιχώματα αἱ διατεταμέναι ἐντερικαὶ ἔλικες καὶ αἱ περισταλτικαὶ τῶν κινήσεις.

β) ἔντετοπισμένος μετεωρισμὸς, ἐκσεσημασμένος ἢ μὴ, συνήθως οὐχὶ συμμετρικός, ἀπολύτως ἀκίνητος, παρατηρούμενος εἰς τὰς συστροφάς (volvulus) τοῦ παχέος ἐντέρου, τῆς εἰλεοτυφλικῆς μοίρας, ἢ τοῦ λεπτοῦ.

γ) Κοιλία ἄνευ διατάσεως, ἄνευ μετεωρισμοῦ, παρατηρούμενη εἰς τὰς συμφυτικὰς ἀποφράξεις τοῦ λεπτοῦ, εἰς τὰς ἐσωτερικὰς περισφίξεις, ἰδίως ὅταν αὗται ἀφοροῦν τὰς ἄνω ἔλικας. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις ὑπερέχει τῆς κλινικῆς, ἐφ' ὅσον θὰ μᾶς ἀποκαλύψῃ τὴν ὑπαρξίν τῶν ὑδραερικῶν εἰκόνων, ἔστω καὶ λίαν περιωρισμένων. Ὑπενθυμίζομεν ὅτι εἰς περίπτωσιν ἀποφρακτικοῦ συνδρόμου, μετὰ ἢ ἄνευ διατάσεως, ἡ διαπίστωσις μιᾶς ἐκλεκτικῶς ἐπωδύνου ζώνης δεόν νὰ θεωρηθῆ ὡς σημεῖον πασχούσης ἐντερικῆς ἔλικος, ἐπομένως καὶ περισφίξεως. Ὅταν ὁμως διαπιστωθῇ μετεωρισμὸς, θὰ σημειωθῇ ἡ ἀρχικὴ ἐντόπισις, τὸ σχῆμα, ἢ συμμετρία κ.λ.π., δεδομένου ὅτι ταῦτα θὰ βοηθήσουν τὴν αἰτιολογικὴν διάγνωσιν τῆς ἀποφράξεως.

Αἱ περισταλτικαὶ κινήσεις τοῦ ἐντέρου, ὅταν ὑπάρχουν, βοηθοῦν τὰ μέγιστα τὴν διάγνωσιν. Ἐμφανίζονται κατὰ τὸν παροξυσμὸν ὡς μία κυματοειδὴς κίνησις, μᾶλλον ἐπιμήκης, τὴν ὁποίαν δυνάμεθα ἐνίοτε νὰ προκαλέσωμεν διὰ τῆς ἐπικρούσεως ἢ τῆς ψηλαφήσεως.

Κατὰ τὴν ἐξέτασιν θὰ παρατηρήσωμεν ἐπίσης μίαν ἐλαστικὴν ἀντίστασιν ἢ καὶ ἐντετοπισμένην, ἐναλλασσομένην σκλήρυνσιν τῶν κοιλιακῶν τοιχωμάτων. Σὺ σ π ο σ ἰ ς ὁμως δὲν παρατηρεῖται. Ἐτερον ἐπίσης ἀρνητικὸν σημεῖον εἶναι τὸ τοῦ Kocher: ἐάν πιέσωμεν βαθέως τὰ τοιχώματα καὶ εἴτα ἀποσύρομεν ἀποτόμως τὰ χεῖρας μας, δὲν θὰ προκαλέσωμεν πόνον.

Οὐδεμία ἐξέτασις θὰ θεωρηθῇ ὡς τερματισθεῖσα, ἐάν δὲν συμπληρωθῇ ἀπὸ μίαν δακτυλικὴν ἢ κολπικὴν ἐξέτασιν. Κυρίως ὁμως

θά έρευνήσωμεν πάντοτε τήν τυχόν ύπαρξιν μιᾶς κήλης, συχνότατον αἷτιον έντερικῆς ἀποφράξεως.

Ἐκ τῆς αἰτιολογικῆς ἀπόψεως θά έρευνηθῆ ἡ τυχόν ύπαρξις έγκολεασμοῦ, περιεσφιγμένης κήλης, ὄγκου τοῦ παχέος έντέρου, μιᾶς συστροφῆς, μιᾶς συγγενοῦς ἀνωμαλίας τοῦ πεπτικοῦ σωλήνος, ὅπως ἡ λεγομένη ἀτελής συστροφή (non rotation), μία ἀπόφραξις έκ συμφύσεων, ἰδίως κατόπιν φυματιώδους περιτονίτιδος.

ΡΗΞΙΣ ΕΞΩΜΗΤΡΙΟΥ ΚΥΗΣΕΩΣ

Δέν θά έπεκταθῶμεν ἐπὶ τοῦ σοβαρωτάτου τούτου θέματος, τὸ ὁποῖον λόγω τῶν ὑπούλων ένίστε μορφῶν ἄς ὑποδύεται, ἀκόμη καὶ τῆς τροφικῆς δηλητηριάσεως, ὁδηγεῖ εἰς διαγνωστικά σφάλματα μέ μοιραῖον ἀποτέλεσμα.

Θά δώσωμεν λίαν περιληπτικῶς τὰ κυριώτερα συμπτώματα τῆς ὀξείας ταύτης καταστάσεως, ἧτις δυνατόν νά προκαλέσῃ σοβαράν έσωτερικὴν αἱμορραγίαν, ὁδηγοῦσαν εἰς λιποθυμίαν, έμέτους, δριμεῖς κοιλιακοὺς πόνους.

Θά έρευνήσωμεν μετὰ πάσης λεπτομερείας μίαν τυχόν πρόσφατον ἀνωμαλίαν τῆς έμμήνου περιόδου, μίαν καθυστέρησιν έστω καὶ έλαχίστων ἡμερῶν, ἧτις, ὅταν ὑπάρχῃ, ἀποκτᾷ ἰδίαν διαγνωστικὴν σημασίαν.

Ἡ διάγνωσις θά βασισθῆ κυρίως ἐπὶ τῶν έξῆς συμπτωμάτων :

- Πόνος ὀξύς κατὰ τήν κοιλίαν.
- Προσωπεῖον βαρέως νοσοῦσης. Πρόσωπον ὠχρόν, κηρώδες, ξηραῖμον, μέ χεῖλη καὶ γλῶσσαν ὠχρά.
- Ἄκρα ψυχρά, κυανωτικά ἢ τούναντίον κηρώδη.
- Ἐκσεσημασμένον chos.
- Κοιλία ὀλίγον διατεταμένη, οὐχί ὁμως συνεσπασμένη.
- Ἐλαφρά αντίστασις παρά τὸ ὑπογάστριον, ὅπου ένίστε ψηλαφᾶται μία διόγκωσις.
- Σφύξεις 140—160. Ἄπυρεξία.
- Αἱμορραγία έκ τῆς μήτρας, ὅταν ὑπάρχῃ έστω καὶ μικρὰ ποσότης.

Εἰς ὅλας αὐτάς τὰς περιπτώσεις ένδεικνυται ἡ ἄμεσος χειρουργικὴ επέμβασις.

ΑΙ ΝΕΩΤΕΡΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΕΠΙ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΗΣΕΩΣ

Μέχρι πρό τινων έτών, παρουσία μιᾶς διατρήσεως έξ έλκους

οὐδεμία συζήτησις ἦτο δυνατὴ ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἄμεσον χειρουργικὴν ἐπέμβασιν. Αὕτη συνίστατο κυρίως εἰς τὴν συρραφὴν τῆς διατρήσεως. Πολλοὶ χειρουργοί, ὁσάκις αἱ συνθῆκαι τὸ ἐπέτρεπον (ἡλικία τοῦ ἀρρώστου, μεσολαβῆσαν χρονικὸν διάστημα ἀπὸ τῆς διατρήσεως κ.λ.π.), προέβαινον καὶ προβαίνουν εἰς τὴν ἄμεσον γαστρεκτομὴν. Πράγματι, ὡς ἀποδεικνύεται ἐκ πολλῶν διεθνῶν στατιστικῶν, ἀλλὰ καὶ ἐξ ἑλληνικῶν, ἡ ἄμεσος γαστρεκτομὴ ἐπιφέρει ὀλιγωτέραν θνησιμότητα καὶ καλύτερα ἀποτελέσματα ἀπὸ τὴν συρραφὴν.

Σήμερον, κατόπιν τῆς πρώτης ἀνακοινώσεως τοῦ Taylor, φαίνεται ὅτι παρουσία μιᾶς διατρήσεως ἡ ἄμεσος χειρουργικὴ ἐπέμβασις οὔτε ἐπίγουσα εἶναι οὔτε καὶ ὑποχρεωτικὴ. Ἡ μέθοδος τῆς συνεχοῦς ἀναρροφήσεως εὗρεν εὐνοϊκὴν ἀπήχησιν κυρίως μεταξὺ τῶν χειρουργῶν.

Ὁ Taylor, κατὰ τὴν διάρκειαν μιᾶς ἐπεμβάσεως, παρατήρησεν αὐτόματον ἀπὸ ἐπίπλουν ἀπόφραξιν διατρήσεως, ὡς καὶ τὴν σπανίαν παρουσίαν πυογόνων μικροοργανισμῶν ἐντὸς τῶν γαστροδωδεκαδακτυλικῶν περιεχομένων τῶν ἐκχυνομένων ἐντὸς τῆς περιτοναϊκῆς κοιλότητος. Κατόπιν τούτου ἀπεφάσισε τὴν ἐφαρμογὴν τῶν συνεχῶν ἀναρροφήσεων. Ἡ μέθοδος τοῦ Taylor ἐφηρμόσθη ἔκτοτε εὐρύτατα μέλιαν εὐνοϊκά ἀποτελέσματα. Κατωτέρω θ' ἀναφέρωμεν τὴν τεχνικὴν, τὰς ἐνδείξεις καὶ ἀντενδείξεις τῆς μεθόδου ταύτης.

Δὲν ὑπάρχει καμμία ἀμφιβολία, ὅτι μία διάτρησις δύναται καὶ μόνη τῆς ν' ἀποφραχθῆ δι' ἐναποθέσεως ἰνικῆς καὶ ἀποφράξεως ἀπὸ τὸ ἐπίπλουν ἢ τὸ ἦπαρ. Πολλὰ διατρηθέντα ἔλκη, ἰδίως τῆς ὀπισθίας ἐπιφανείας, ἀποφράσσονται αὐτομάτως, οὕτως ὥστε νὰ μὴ γίνεταί ἀντιληπτὴ ἡ ἀπόφραξις. Ἀλλὰ καὶ τοῦ προσθίου τοιχώματος διατρήσεις ἀποφράσσονται αὐτομάτως.

Ἡ νέα μέθοδος, ἣτις ἀπεδείχθη ἱκανὴ νὰ ἐξασφαλίσῃ μόνη τὴν ἀπόφραξιν ἀναμφισβητήτων διατρήσεων, βασίζεται εἰς τὰς ὡς ἄνω παρατηρήσεις καὶ συνίσταται εἰς τὴν ἐπὶ πολλὰς ἐν ἀνάγκη ἡμέρας συνεχῆ ἀναρρόφῃσιν τοῦ γαστρικοῦ περιεχομένου, οὕτως ὥστε νὰ εὐνοηθῆ ἡ ἀπόφραξις, εἰς τὴν ἔγχυσιν βιοθεραπευτικῶν πρὸς ἀποφυγὴν τῆς μολύνσεως τοῦ περιτοναίου, καὶ εἰς τὴν ἐνδοφλέβιον χορήγησιν ὀρῶν, πλάσματος κλπ., ἵνα ἐξασφαλισθῆ ἡ θρέψις τοῦ ἀρρώστου.

Ἐποὺ ἐπιβεβαιωθῆ καὶ ἀκτινολογικῶς ἡ διάγνωσις τῆς διατρήσεως, ἐκτελεῖται ἡ ὀλικὴ ἐκκένωσις τοῦ γαστρικοῦ περιεχομένου. Ἐν συνεχείᾳ διὰ μονίμου καθετήρου εἰσαγομένου διὰ τῆς ρινός, καὶ ὅστις συνδέεται, εἰ δυνατόν, μετὰ ἡλεκτρικοῦ ἀναρροφητήρος, ἄρχεται ἡ συστηματικὴ καὶ συνεχῆς ἀναρρόφῃσις. Συγχρόνως χορηγεῖται

πενικιλλίνη 200.000 μ. ανά 4ωρον, άτροπίνη ένδοφλεβίως ίνα έλαττωθῆ ή γαστρική έκκρισις. Ἡ χορήγησις τῶν ὀρῶν εἶναι συνεχῆς καθ' ὄλον αὐτὸ τὸ διάστημα.

Ἐκ πρώτης ὄψεως ή θεραπεία αὐτή φαίνεται ἀπλή. Μολταυτα, διὰ τὸν παθολόγον τοῦλάχιστον, τίποτε δὲν ἔχει μεταβληθῆ, δεδομένου ὅτι καί ή μέθοδος αὐτή μόνον εἰς χειρουργικόν τμήμα καί ὑπὸ τήν συνεχῆ ἐπίβλεψιν τοῦ χειρουργοῦ θά πρέπει νά εφαρμοσθῆ. Εἰς τήν μέθοδον ταύτην προβάλλονται σοβαραί ἀντιρρήσεις. Ἡ σπουδαιότερα τούτων εἶναι ή ἐσφαλμένη διάγνωσις, ὡς λ.χ. νά ἐκληθῆ ὡς διάτρησις μία ὀξεία σκωληκοειδίτις, κατά τήν ὁποίαν, ὡς γνωστόν, ή ἐπέμβασις δέον νά εἶναι ἄμεσος.

—Ἡ πιθανή ἀπόφραξις τοῦ σωλῆνος.

—Ἡ ἐπὶ ήμέρας ὑπτία κατάκλισις τοῦ ἄρρώστου με τὸν κίνδυνον τῶν πνευμονικῶν ἐμβολῶν.

Ἡ συνήθως ἀκολουθουμένη τακτική εἶναι ή ἐξῆς : Μετά τήν ἐφαρμογήν τοῦ σωλῆνος ὁ ἄρρώστος παρακολουθεῖται συνεχῶς κατά τὸ πρῶτον 48ωρον. Ἐάν μετὰ τὸ χρονικόν αὐτὸ διάστημα ὁ ἄρρώστος αὐτὸς οὐδεμίαν παρουσιάσῃ βελτίωσιν τῶν τοπικῶν συμπτωμάτων, ὡς καί τῶν γενικῶν, καί κυρίως ἐάν δὲν παύσουν οἱ πόνοι, τότε χειρουργεῖται.

Ἐάν με τήν συνεχῆ παρακολούθησιν διαπιστωθῆ ή βελτίωσις τοῦ προσωπείου, ὁ καλὸς σφυγμός, ή ὑποχώρησις τῆς συσπάσεως τῶν κοιλιακῶν τοιχωμάτων, ή ἐξαφάνισις τῶν πόνων, τότε ή θεραπεία συνεχίζεται ἐπὶ 3 ἕως 4 εἰσέτι ήμέρας, ὁπότε ή διάτρησις θεωρεῖται ὡς ἀποφραχθεῖσα.

Ἐπάρχουν ὅμως ὠρισμένα προβλήματα, τὰ ὁποῖα γεννοῦν πολλοὺς ένδοιασμούς, ὅσον ἀφορᾷ τήν μέθοδον ταύτην. Οὕτως, ἐάν εἰς τὸ ἀναμνηστικόν τοῦ ἄρρώστου ἀναφέρονται πολλαπλαῖ κρίσεις ἔλκους ή γαστρορραγίαι, γνωρίζομεν ὅτι οὗτος ὀπωσδήποτε θά ὑποτροπιάσῃ. Ἐν τοιαύτῃ περιπτώσει θά ἦτο προτιμότερα μία ριζική ἐπέμβασις.

—Ἐάν ή διάτρησις ἐπῆλθεν ἐλάχιστον χρονικόν διάστημα μετὰ τὸ γεῦμα, διερωτᾶται τις πῶς θ' ἀναρροφηθοῦν τὰ ἄφθονα ὑγρά, τὰ ὁποῖα κατέκλυσαν τήν περιτοναϊκήν κοιλότητα καί ποῦ θά βασισθῆ τις, ὅτι ταῦτα θ' ἀπορροφηθοῦν χωρὶς νά δημιουργήσουν ὑποδιαφραγματικά ἀποστήματα.

—Ἐάν ή ἀναρρόφησις ἀποτύχῃ, ή ἐπιβράδυνσις τῆς ἐπεμβάσεως δὲν θά ἐπιβαρύνῃ τήν πρόγνωσιν;

— Γνωρίζομεν ὅτι σπανίως οἱ ἐκ μιᾶς διατρήσεως ἰαθέντες ἄρρωστοι παρουσιάζουν μόνιμον ἴασιν. Οὗτοι ὀπωσδήποτε θά ὑποτρο-

πιάσουν μετά τι χρονικόν διάστημα και έπομένως θά ύποστοϋν τήν χειρουργικήν επέμβασιν. Έν τοιαύτη περιπτώσει, και έάν έπιτρέπουν τοϋτο αί γενικαί συνθήκαι, δέν θά ήτο προτιμότερον νά έκτελεσθῆ αϋτη εύθϋς άμέσως;

Βεβαίως, ό Taylor και άλλοι παρουσιάζουν ένα ποσοστόν θνησιμότητος μέ τήν μέθοδον ταϋτην, τό όποϊον κυμαίνεται από 6 έως 11%. Άλλά πόσοι έκ τών άρρώστων τούτων ήναγκάσθησαν νά χειρουργηθοϋν μεταγενεστέρως και ποία ήτο ή θνησιμότης τούτων, ήτις δέον νά προστεθῆ εις τήν προηγουμένην; Εις τό έρώτημα τοϋτο οϋδεμίαν άνεύρομεν άπάντησιν εις τάς διαφόρους έργασίας.

Ός έκ τούτου αί κυριώτεραι ένδειξεις δια τήν έφαρμογήν τῆς μεθόδου ταϋτης παραμένουν κυρίως αί έξῆς :

— "Ατομα ήλικιωμένα μέ κακήν γενικήν κατάστασιν, μέ πνευμονικάς ή καρδιακάς παθήσεις, παχύσαρκα, άλκοολικά, διαβητικά κ.λ.π. Τά άτομα ταϋτα έχουν ίσην πιθανότητα ίάσεως δια τῆς άναρροφήσεως.

— "Ατομα πολϋ νέα τήν ήλικίαν, χωρίς άναμνηστικόν έλκος, μέ πρώτην έκδήλωσιν τήν διάτρησιν και εις τά όποια διστάζει τις νά προβῆ εις τήν γαστρεκτομήν.

— "Αρρωστοι οι όποιοι προσεκομίσθησαν μετά τήν 15ην ώραν από τῆς διατρήσεως.

— Εις τάς περιπτώσεις αϋτάς τών καθυστερημένων διαγνώσεων, άφοϋ βελτιωθῆ ή γενική κατάσταση, είναι δυνατόν νά γίνη χειρουργική επέμβασις άκόμη και τήν έπομένην ύπό πολϋ καλύτερας συνθήκας.

Έν συμπεράσματι : ή μέθοδος αϋτη θά έφαρμόζεται μόνον εις χειρουργικόν τμήμα και ύπό τήν άμεσον έπίβλεψιν τοϋ χειρουργοϋ, όστις βασιζόμενος επί τοϋ άναμνηστικοϋ τοϋ άρρώστου, επί μιās σαφοϋς διαγνώσεως, επί τῆς γενικῆς καταστάσεως τοϋ άρρώστου, θά κρίνη, έάν ή μέθοδος αϋτη θά έφαρμοσθῆ και άναλόγως τῆς περαιτέρω έξελίξεως θά κρίνη έάν πρέπη νά συνεχισθῆ.

Β' Η ΣΤΕΝΩΣΙΣ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ

Υπό τὸ ὄνομα «στένωσις τοῦ πυλωροῦ» δὲν περιλαμβάνομεν μόνον τὴν πλήρη ἀπόφραξιν τούτου — ὀργανικὴν ἢ λειτουργικὴν — λόγῳ τῆς ὁποίας παρεμποδίζεται ἡ ἐκκένωσις τοῦ στομάχου, ἀλλὰ καὶ τὰς καταστάσεις ἐκείνας, καθ' ἃς τὸ πυλωρικὸν ἐμπόδιον ἐλάχιστα ἐπηρεάζει τὸν χρόνον ἐκκενώσεως τοῦ στομάχου.

Μία ἀρχομένη στένωσις δὲν προκαλεῖ πάντοτε στάσιν, τὰ ἀκτινολογικὰ ὅμως σημεῖα εἶναι ἀρκετὰ χαρακτηριστικά, ὥστε νὰ δυνάμεθα νὰ θέσωμεν τὴν διάγνωσιν τῆς στενώσεως πρὶν ἢ αὕτη ἐκδηλωθῆ σαφῶς κλινικῶς. Σημειωτέον ὡσαύτως, ὅτι μία στάσις γαστρικὴ δὲν ἐρμηνεύει πάντοτε καί ῥύποχρεωτικῶς στένωσιν τοῦ πυλωροῦ, δεδομένου ὅτι καὶ ἄλλαι καταστάσεις μὴ προκαλοῦσαι ἀπόφραξιν τοῦ πυλωροῦ δημιουργοῦν τοιαύτην στάσιν, ὅπως λ.χ. ὠρισμένοι ἐκτασικαὶ καταστάσεις προκαλοῦσαι παράλυσιν τῶν τοιχωμάτων τοῦ στομάχου.

Αἱ στενώσεις τοῦ πυλωροῦ ἔχουν περιγραφῆ ἀπὸ τοῦ παρελθόντος αἰῶνος ὑπὸ τῶν Bouveret, Kusmaul, Cruveilhier καὶ λοιπῶν. Ἐπὶ ὄλων τῶν νόσων τοῦ στομάχου, ἡ πυλωρικὴ στένωσις παρατηρεῖται εἰς ποσοστὸν 0,01% (Feldman). Ἐξ ὄλων τῶν ὀργανικῶν ἀλλοιώσεων παρά τὴν πυλωροδωδεκαδακτυλικὴν χώραν, τὸ 10% τούτων περίπου προκαλεῖ στένωσιν. Ἐξ ἄλλου ἐπὶ 120 νεκροψιῶν ἀποθανόντων ἐξ ἔλκους, οἱ Portis καὶ Jaffe ἀνεῦρον στένωσιν τοῦ πυλωροῦ εἰς 11,6%. Οἱ Hurst καὶ Stewart εἰς μίαν σειρὰν ἐλκοπαθῶν ἐξετασθέντων νεκροτομικῶς, ἀναφέρουν ὅτι ἐπὶ 230 ἐλκῶν τοῦ δωδεκαδακτύλου 23% εἶχον στένωσιν καὶ ἐπὶ 173 ἐλκῶν τοῦ στομάχου τὸ ποσοστὸν ἀνήρχετο εἰς 5,8%. Καὶ ἐξ ἄλλων ἀναλόγων στατιστικῶν προκύπτει ὅτι τὸ ἔλκος τοῦ δωδεκαδακτύλου προκαλεῖ οὐχνότερον στένωσιν τοῦ πυλωροῦ ἢ τὸ ἔλκος τοῦ στομάχου.

Θεωρητικῶς μία πυλωρικὴ στένωσις δύναται νὰ προκληθῆ ἀπὸ τρεῖς διαφορετικοὺς μηχανισμοὺς:

α'. Στένωσις ἢ μηχανικὴ ἀπόφραξις τοῦ πυλωρικοῦ ἰσθμοῦ: οὐλώδης στένωσις, σύμφυσις, ξένον σῶμα, νεόπλασμα.

β' Σπανιώτερον πρόκειται περὶ λειτουργικῆς στενώσεως ὀφειλομένης εἰς σπασμὸν τοῦ πυλωρικοῦ σφιγκτήρος, ὅστις σπασμὸς συμπληρώνει ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον μίαν ὀργανικὴν στένωσιν.

γ' Δυνατόν νά μή ὑπάρχη οὔτε στένωσις οὔτε σπασμός, ἀλλά ἀπλῶς ἀχάλασις τοῦ πυλωροῦ, δηλαδή ὁ πυλωρός δέν δύναται νά διασταλῆ καί διατηρεῖται κλειστός λόγῳ αὐτῆς ταύτης τῆς ὑπερτονίας του. Πρόκειται περί μιᾶς παθητικῆς καταστάσεως, εἰς τὴν ὁποίαν καί ὀφείλεται ὠρισμένη κατηγορία στενώσεων, αἱ λεγόμεναι ὑπερτροφικαί.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Ὀλιγώτερον συχνή σήμερον ἀπὸ ἄλλοτε, λόγῳ τῶν ἐγκαίρων χειρουργικῶν ἐπεμβάσεων, ἡ στένωσις τοῦ πυλωροῦ ὀφείλεται εἰς πολλά αἷτια, τὰ ὁποῖα δυνάμεθα νά κατατάξωμεν εἰς τρεῖς κατηγορίας :

1ον. Μηχανικὰ αἷτια: Ταῦτα ὀφείλονται κυρίως εἰς ξένον σῶμα, ἀκουσίως καταποθὲν καί τὸ ὁποῖον ἐνσφηνούμενον ἐντὸς τοῦ πυλωρικοῦ ἴσθμοῦ δύναται νά τὸν ἀποφράξῃ. Σπανιώτερον, λόγῳ συριγγίου μεταξὺ χοληδόχου πόρου καί δωδεκαδακτύλου, εἰς χολόλιθος δύναται νά προκαλέσῃ ἀπόφραξιν. Ἐπίσης ὄγκος μισχωτὸς ἢ τμῆμα ὄγκου δυνατόν νά ἐπιφέρῃ τὸ αὐτὸ ἀποτέλεσμα.

2ον. Ἐξωτοιχωματικὰ αἷτια: Μία περιδωδεκαδακτυλίτις ἢ μία περιγαστρῖτις δημιουργοῦν συμφύσεις, αἷτινες περισφίγγουν τὸν πυλωρόν, ὅπως ἐπίσης μία χρονία χολοκυστίτις διὰ χρονίας συμφυτικῆς περιτονίτιδος.

Ἄλλοτε πάλιν ἡ στένωσις ὀφείλεται εἴτε εἰς τὴν ἐπέκτασιν καρκίνου τοῦ παγκρέατος ἢ τῶν χοληφόρων ὁδῶν, εἴτε εἰς τὴν πίεσιν τούτων. Σπανιώτατα, ἐπίσης, διωγκωμένοι ἀδένες εἴτε ἐκφυματώσεως, εἴτε ἐκ λεμφοκοκκιώματος κ.λ.π. δυνατόν νά πιέσουν καί ν' ἀποφράξουν τὸν πυλωρόν.

3ον. Ἐνδοτοιχωματικὰ αἷτια: Ἐν ἐπιδηλίῳμα, λόγῳ διηθήσεως τοῦ τοιχώματος τοῦ πυλωροῦ, προκαλεῖ στένωσιν. Ἡ τοιχωματικὴ ὁμως αὕτη διήθησις δέν εὐνοεῖ τὴν ταχεῖαν ἀνάπτωξιν μεγάλης στενώσεως, δεδομένου ὅτι ἀρχικῶς παρατηρεῖται μᾶλλον ἀκράτεια καί ἡ στένωσις βραδύνει νά ἐκδηλωθῇ ἐφ' ὅσον δέν ἐπιπροστίθεται σπασμός.

— Ἐτερα ἐνδοτοιχωματικὰ αἷτια εἶναι ἡ ὑπερτροφικὴ στένωσις καί πολὺ σπανιώτερον ἡ σφίλις καί ἡ φυματίωσις.

— Τὸ ἔλκος ὁμως εἶναι τὸ κυριώτερον αἷτιον τῆς πυλωρικής στενώσεως. Τοῦτο δυνατόν νά ἐδράζεται εἴτε ἐπὶ τοῦ πυλωρικοῦ ἴσθμοῦ, μᾶλλον σπανίως, εἴτε ἐπὶ τοῦ βολβοῦ — ἢ πλέον συχνῇ

έντόπιαις — εἴτε ἐπὶ τοῦ προπυλωρικοῦ ἄντρου. Ἄλλὰ καὶ ἐπὶ τοῦ ὑπολοίπου στομάχου ἐδραζόμενον καὶ εἰς οἰανδήποτε μοῖραν τούτου, δύναται νὰ συνοδεύεται ἀπὸ σαφῆ πυλωρικά σημεῖα.

Ὁ μηχανισμὸς διὰ τοῦ ὁποίου ἐν ἔλκος δρᾷ ἐπὶ τοῦ πυλωροῦ περιλαμβάνει πλείστα αἰτία :

— Ὁ σπασμὸς ἀρχικῶς παίζει σημαντικὸν ρόλον. Σὺν τῷ χρόνῳ ὅμως, καὶ ἐφ' ὅσον ἡ στένωσις ὀργανοῦται, οὗτος ἐλαττοῦται. Ἡ γνησίᾳ σπαστική στένωσις εἶναι σπανία. Μ' ὅλα ταῦτα εἰς σπασμὸς αὐξάνει τὰ ἐνοχλήματα μιᾶς ὀργανικῆς στενώσεως, ἐπιμόνως δὲ ἐπαναλαμβανόμενος προκαλεῖ πιθανώτατα ὑπερτροφίαν τοῦ πυλωροῦ.

— Μεγαλυτέραν σημασίαν διὰ τὴν δημιουργίαν στενώσεως ἐνέχουν οἱ φλεγμονώδεις καὶ οὐλώδεις παράγοντες. Γενικῶς ἐπικρατεῖ ἡ ἀντίληψις, ὅτι μία ἐξ ἔλκους στένωσις ὀφείλεται εἰς τὸ ὅτι τοῦτο ἰώμενον ἐγκαταλείπει οὐλήν, ἥτις ἐλαττώνει τὸ εὔρος τοῦ πυλωροῦ. Ἐν τῇ πραγματικότητι ὅμως τὸν σημαντικώτερον ρόλον παίζει ἡ φλεγμονή.

Ὡς γνωστὸν, κατὰ τὴν ἐπώδυνον περίοδον τὸ ἔλκος συνοδεύεται ἀπὸ γαστρίτιδα, ἀπὸ οἰδημα. Τὰ δύο ταῦτα φαινόμενα προκαλοῦν βλεννογόσιον καὶ ὑποβλεννογόσιον διόγκωσιν, λόγῳ τῆς ὁποίας ἐλαττοῦται τὸ εὔρος τοῦ πυλωρικοῦ ἄντρου, ἐμποδιζομένης τοιοῦτοτρόπως τῆς φυσιολογικῆς ἐκκενώσεως. Λόγῳ ἐπίσης τῆς καθολικῆς φλεγμονῆς τὰ τοιχώματα τοῦ στομάχου ἐμφανίζουσιν ἐνίοτε μίαν πάρεσιν, ὁπότε ἔχομεν «ἐκτασικὴν γαστρίτιδα».

Εἰς τοὺς προσκαιροὺς καὶ ἰασίμους τούτους παράγοντας, δηλαδὴ τὴν φλεγμονὴν καὶ τὸ οἴδημα, ἀντιτίθενται ἄλλοι μόνιμοι, μὴ ἐπιδεχόμενοι ἴασιν, οἱ οὐλώδεις καὶ σκληρυντικοί.

Δὲν εἶναι ὅμως πάντοτε τὸ ἐπουλούμενον ἔλκος ἐκεῖνο τὸ ὁποῖον προκαλεῖ τὴν στένωσιν. Ἡ συνοδὸς γαστρίτις ἀπερχομένη ἐγκαταλείπει μ' ὅλα ταῦτα ἀνεξίτηλα καὶ λίαν ἐκσεσημασμένα ἴχνη. Ἄλλὰ καὶ χρονία τις φλεγμονὴ δύναται νὰ δημιουργήσῃ ὑπερτροφικὴν στένωσιν τοῦ πυλωροῦ.

Εἰς προηγούμενον κεφάλαιον εἶδομεν, ὅτι τὰ ἔλκη τοῦ ἐλάσσονος τόξου τοῦ στομάχου προκαλοῦν ὀργανικὴν στένωσιν τοῦ πυλωροῦ εἴτε λόγῳ ἐπουλωθείσης φλεγμονῆς τοῦ πυλωρικοῦ ἄντρου εἴτε λόγῳ σμικρύνσεως τοῦ ἐλάσσονος τόξου, ἥτις ἐπὶ πλέον μετακινεῖ πρὸς τὰ ἀριστερὰ τὸν πυλωρόν.

Τέλος οἱ τοπικοὶ παράγοντες ἐπουλώσεως ἑνὸς δωδεκαδακτυλικοῦ ἢ πυλωρικοῦ ἔλκους δύνανται νὰ προκαλέσουν τὴν στένωσιν.

Ἐκ τῶν ἀνωτέρω προκύπτει ὅτι ἐν οἰονδήποτε ἔλκος, εἴτε μακρὰν εἴτε πλησίον τοῦ πυλωροῦ εὐρισκόμενον, δύναται νὰ συνοδευθῆῖ προσωρινῶς ἢ ὀριστικῶς ἀπὸ στένωσιν τοῦ πυλωροῦ. Φυσικὰ ὁμως καὶ ἡ ἐντόπισις παίζει τὸν ρόλον τῆς, ὑπάρχουν δὲ περισσότεραι πιθανότητες ἕνα εὐμέγεθες παραπυλωρικὸν ἔλκος νὰ προκαλέσῃ στένωσιν παρά ἐν ἔλκος τῆς γωνίας.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΩΝ

Ὡς τύπον περιγραφῆς θὰ λάβωμεν μίαν στένωσιν λόγφ ἔλκους. Θὰ διακρίνωμεν δὲ εἰς τὴν ἐξέλιξιν τῆς στενώσεως ταύτης τοῦ πυλωροῦ τρία στάδια :

α'. Περίοδον εἰσβολῆς.

β'. Περίοδον ἀκμῆς.

γ'. Περίοδον τελείας στενώσεως.

Α'. Περίοδος εἰσβολῆς. Ἀρχικῶς ἡ στένωσις τοῦ πυλωροῦ εἶναι δυνατόν νὰ ἐκδηλωθῆῖ ὡς λανθάνουσα, δηλαδή χωρὶς νὰ ὑπάρχῃ ὑγρὸν στάσεως, ἀλλὰ μὲ κύριον σύμπτωμα τὸν ὀψιμον πόνον (Enriquez καὶ Durand). Ἡ κλινικὴ εἰκὼν εἶναι ἡ τοῦ ἔλκους : πόνοι ὀλίγας ὥρας μετὰ τὸ φαγητόν, οἵτινες ὁμως παρατείνονται περισσότερον τοῦ συνήθους καὶ δὲν καταπραῖνονταὶ εὐκόλως ὡς ἄλλοτε. Ἐνῖστε μετὰ τὰ γεύματα ὁ ἄρρωστος παραπονεῖται δι' ὄλοεν ἐπιδεινόμενον αἰσθημα διατάσεως τοῦ στομάχου.

Οἱ ἔμειτοι τείνουσι νὰ γίνουσι καθημερινοί, ἐμφανιζόμενοι μετὰ κάθε γεῦμα εἰς τὴν ἀκμὴν τοῦ πόνου, τὸν ὁποῖον καὶ καταπραῖνουσι. Ἐντὸς τῶν ἔμεσμάτων δὲν διακρίνονται εἰσέτι διὰ γυμνοῦ ὀφθαλμοῦ ὑπολείμματα τροφῶν τῆς προηγουμένης ἡμέρας.

Ἡ ἐξέτασις τοῦ ἄρρώστου εἶναι ἀρνητικὴ, ἐφ' ὅσον ὁ στόμαχος δὲν ἔχει εἰσέτι διαταθῆ. Πρόκειται περισσότερον περὶ πυλωρικῆς δυσχερείας παρά περὶ γνησίας στενώσεως, ἐπὶ μακρὸν ἐξελισσομένης καὶ ἥτις εἶναι δυνατόν νὰ ἔχῃ ἀπὸ τοῦδε ἀκτινολογικὰς ἐκδηλώσεις συνισταμένας εἰς ὑπερκινησίαν, πυλωρικὸν σπασμὸν καὶ προοδευτικὴν διόττασιν τοῦ ἄντρου. Ἀλλὰ γενικῶς εἰς μίαν στένωσιν εἶναι ἀπαραίτητος ἡ παρουσία ὑγρῶν ἐντὸς τοῦ στομάχου.

Ὁ καθετηρισμὸς τοῦ στομάχου, πρὸ τῆς ἀκτινολογικῆς ἐρεύνης, ἀπετέλει ἄλλοτε τὴν κυριωτέραν καὶ πολυτιμότεραν διαγνωστικὴν μέθοδον. Οὗτος δέον νὰ ἐκτελεθῆ τὴν πρῶταν, τοῦ ἄρρώστου ὄντος νήστεως, ὁπότε καὶ θ' ἀποκαλυφθῆῖ ἡ ὑπαρξὶς ἐλευθέρου

ύγρου ἐντὸς τοῦ στομάχου. Ἴνα ὁμως τὰ εὐρήματα ἐκ τῆς ἐξετάσεως ταύτης ἔχουν διαγνωστικὴν ἀξίαν, δέον νὰ λαμβάνωνται ὠρισμένοι προφυλάξεις κατὰ τὴν ἐκτέλεσίν της. Ὁ ἐξεταζόμενος νὰ εἶναι τελείως νηστis, νὰ μὴ ἔχη καπνίσει, νὰ ἐκτελεσθῆ δὲ ἐνωρὶς τὴν πρωτῆν καὶ πρὶν ἢ προγευματίσουν ἐνώπιόν του οἱ ἄλλοι ἄρρωστοι τοῦ θαλάμου, ἀποφευγομένης τοιοιτοτρόπως τῆς ψυχικῆς φάσεως τῆς γαστρικῆς ἐκκρίσεως. Εἰς τὰς γυναῖκας νὰ μὴ ἐκτελεθῆ κατὰ τὴν ἐμμηνον περίοδον, ὁπότε παρατηρεῖται ἐπιβράδυνσις τῆς ἐκκενώσεως τοῦ στομάχου.

Ἡ ἀναρροφουμένη ποσότης γαστρικοῦ ὑγροῦ θὰ κρίνη ἐὰν ὑπάρχη ἢ ὄχι στάσις. Οὕτω παραδέχονται ὅτι ποσότης μέχρις 100 κ. ἐκ. δύναται νὰ θεωρηθῆ ὡς φυσιολογική, ἐνῶ ἄλλοι παραδέχονται τὴν ἡμίσειαν περίπου ποσότητα. Ὅταν διὰ γυμνοῦ ὀφθαλμοῦ δὲν διακρίνωνται ἐντὸς τοῦ γαστρικοῦ ὑγροῦ ὑπολείμματα τροφῶν, ἐξήταζον ἄλλοτε τὴν πυκνότητα τοῦ ὑγροῦ τούτου. Κατὰ τὸν Winter ἢ πυκνότης τοῦ φυσιολογικοῦ γαστρικοῦ ὑγροῦ εἶναι 0,01 γρ. Ἐὰν ἢ πυκνότης τοῦ ὑπὸ ἐξέτασιν ὑγροῦ εἶναι ἀνωτέρα τοῦ ἄνω ἀριθμοῦ, συμπεραίνομεν ὅτι δὲν πρόκειται περὶ ἀπλοῦ ἐξ ὑπερεκκρίσεως ὑγροῦ, ἀλλὰ ὅτι τοῦτο περιέχει διαλελυμένας τροφάς τῆς προτεραίας καὶ ὅτι ἐπομένως ὑπάρχει σχετικὸς βαθμὸς κατακρατήσεως.

Ὅταν ἢ ἀναρροφουμένη ποσότης γαστρικοῦ ὑγροῦ ὑπερβαίνει τὰ 100 κ.ἐκ. εἶναι σαφῆς ἔνδειξις διαταραχῆς τῆς ἐκκενώσεως. ἀκόμη καὶ ὅταν ἢ πυκνότης τοῦ γαστρικοῦ ὑγροῦ εἶναι φυσιολογική. Σαφῆς ἐπίσης ἔνδειξις τοιαύτης διαταραχῆς εἶναι καὶ τὰ μικροσκοπικῶς ἀνευρισκόμενα ὑπολείμματα τροφῶν. Ὅταν δὲ τὸ γαστρικὸν ὑγρὸν περιέχη ὑπολείμματα τροφῶν μὴ διαχωριζόμενα διὰ γυμνοῦ ὀφθαλμοῦ, τὰ ὁποῖα ὁμως καθιζάνουν εἰς ἕν μέγα στρώμα, δυνάμεθα νὰ εἴπωμεν, ὅτι πρόκειται ἀναμφισβητήτως περὶ στάσεως ἐκ στενώσεως.

Ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις. Αὕτη ἐπιτρέπει τὴν διάγνωσιν τῆς στενώσεως καὶ τὴν διαπίστωσιν τῆς λειτουργικῆς καταστάσεως τοῦ στομάχου. Ὡς ἐκ τούτου ἔχει σήμερον ἀντικαταστήσει τελείως, ἀπὸ τῆς ἀπόψεως ταύτης, τὸν καθητηριασμὸν τοῦ στομάχου.

Τὸ κυριώτερον ἀκτινολογικὸν σημεῖον τῆς στενώσεως εἶναι ἢ παραμονὴ ἐντὸς τοῦ στομάχου τοῦ βαριοῦχος πόλτου ἐξ ὥρας μετὰ τὴν λήψιν του. Δὲν εἶναι ὁμως καὶ ἀπολύτως παθognωμονικόν, δεδομένου ὅτι δύναται νὰ παρατηρηθῆ καὶ εἰς τινὰς περιπτώσεις πτώσεως τοῦ στομάχου μετ' ἀτονίας.

Εἰς τὸ ὄλως ἀρχικὸν στάδιον, ἡ στάσις αὕτη ἢ δὲν ὑπάρχει ἢ εἶναι ἐλάχιστα ἐκσεσημασμένη. "Ὅταν πράγματι ἡ διὰ τοῦ πυλωροῦ διάβασις καθίσταται δυσχερής, ὁ στόμαχος, ἵνα τὴν ὑπερνήκηση, ἀντιδρᾷ σ υ σ π ῶ μ ε ν ο ς ἔτι περισσότερον καὶ παλαίων κατὰ τῆς στενώσεως, ἥτις δὲν ἔχει γίνει εἰσέτι ἀντιληπτῆ. Τὸ πρῶτον ἐπομένως φαινόμενον τῆς ἀρχομένης στενώσεως δὲν εἶναι οὔτε ἡ στάσις, ἐφ' ὅσον ὁ στόμαχος ὑπερνήκῃ τὸ ἐμπόδιον, οὔτε καὶ ἡ διάτασις, ἐφ' ὅσον τὰ μυϊκὰ τοιχώματα δὲν ἔχουν εἰσέτι ὑποχωρήσει, ἀλλὰ εἶναι ὁ σ π α σ μ ὁ ς, πρόσκαιρος ἢ ἐπίμονος καὶ ἄλλοτε ἄλλης διαρκείας. Οὗτος ἐπὶ τι χρονικὸν διάστημα ἀποφράσσει τὸν πυλωρὸν καὶ ὡς ἐκ τούτου δὲν πληροῦται τὸ δωδεκαδάκτυλον, ἐνῶ ἄλλοτε καταλαμβάνει ὀλόκληρον τὴν προπυλωρικὴν χώραν. Σὺν τῷ χρόνῳ ὁμοῦ ἐμφανίζονται καὶ τὰ πρῶτα χαρακτηριστικὰ σημεῖα τῆς στενώσεως.

Ιον. Ὁ ὑπερπερισταλτισμός: Ἐρμηνεύει τὴν ἀντίδρασιν τοῦ στομάχου καὶ τὴν προσπάθειαν τὴν ὁποῖαν καταβάλλει οὗτος, ἵνα ὑπερνήκηση τὴν δυσχέρειαν περὶ τὴν κένωσιν. Ἐχει τὴν αὐτὴν πρῶτον διαγνωστικὴν ἀξίαν, τὴν ὁποῖαν ἔχει καὶ ἡ ταχυκαρδία εἰς τὴν καρδιακὴν κόπωσιν. Τὰ περισταλτικὰ κύματα εἶναι πολυάριθμα, βαθέα, ταχέος ρυθμοῦ, λόγῳ δὲ τούτων προκαλοῦνται κατὰ μῆκος τοῦ ἐλάσσονος τόξου βαθεῖαι ἐντομαί. Ἡ ἐντομὴ ἥτις χωρίζει τὸ προπυλωρικὸν ἄντρον ἀπὸ τὸ σῶμα τοῦ στομάχου ἀυξάνει κατὰ τὰς συσπάσεις ταύτας, δημιουργουμένης τοιοῦτοτρόπως μιᾶς παροδικῆς διλοβώσεως.

"Ἄλλοτε πάλιν ἡ σύσπαισις τοῦ προπυλωρικοῦ ἄντρου δὲν δημιουργεῖται, ὡς συνήθως, διὰ τῆς πλήρους καὶ ὁμοίας ἐλαττώσεως ὄλων τῶν διαμέτρων του, ἀλλὰ ὑπερθεν καὶ κάτωθεν σχηματίζονται δύο π τ ε ρ ὕ γ ι α (Schlesinger), τὰ ὁποῖα μεγεθυνόμενα διαγράφουν καμπύλην, διὰ τῆς ὁποίας δίδουν τὴν ἐντύπωσιν ὅτι θὰ περιβάλουν τὸν ἀποφραχθέντα πυλωρὸν (Πίναξ Η' σχ. 1,2.) Ταῦτα δὲν εἶναι μόνιμα, παραμένουν ἐπ' ὀλίγον, ἐξαφανίζονται δὲ ἀπὸ τὰς ἐπακολουθούσας περισταλτικὰς κινήσεις. Ἐνίοτε τὰ πτερυγία ταῦτα ἀντινὰ σχηματίζονται προπυλωρικῶς, ἐμφανίζονται πρὸ τοῦ πυλωρικοῦ ἄντρου, δηλαδὴ ἐπὶ τῆς μοίρας ἐκείνης τοῦ στομάχου ἥτις προηγείται καὶ τοῦ προπυλωρικοῦ σφιγκτήρος καὶ τοῦ πυλωρικοῦ ἄντρου (σχ. 2).

Τὰ φαινόμενα ταῦτα τοῦ ὑπερπερισταλτισμοῦ, τοῦ σχηματισμοῦ τῶν πτερυγίων, δὲν εἶναι συνεχῆ, ἀλλὰ ἐκδηλοῦνται περιοδικῶς. Μεταξὺ δύο τοιοῦτων περιόδων ὁ στόμαχος ἀναπαύεται καὶ καθίσταται ἄτονος, πρακτικῶς δὲ κατὰ τὴν φάσιν ταύτην τῆς ἡρεμίας

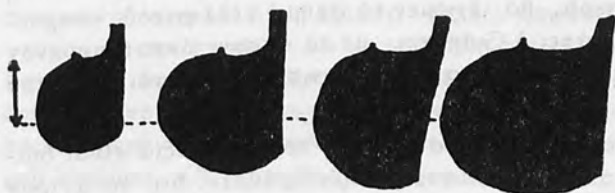
κενοῦται καὶ καλύτερον καὶ οὐχὶ κατὰ τὴν τῆς ὑπερκινητικότητος, ὁπότε συναντᾶ τὸ κώλυμα τοῦ πυλωρικοῦ σπασμοῦ.



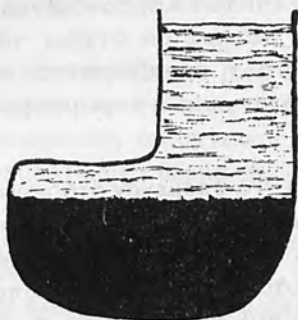
Σχ. 1-2: πτερύγια τοῦ Schlesinger



Σχ. 3-7: ἡ ὄθησις πρὸς τὰ δεξιὰ



Σχ. 8-11: ἡ διάτασις πρὸς τὰ κάτω



Σχ. 12: λεκανοειδῆς στόμαχος

Πίναξ Η' (Κατὰ R. A. Gutmann)

2ον. Προοδευτική διάτασις. Αἱ πρῶται ἐκδηλώσεις τῆς γαστρικῆς κοπώσεως θὰ ἐμφανισθοῦν σὺν τῇ ἐξελίξει τῆς στενώσεως. Ἀντιπροσωπεύονται δὲ ἀπὸ σύμπτωμα ἐξαιρετικῆς σημασίας : τὴν προοδευτικὴν διάτασιν τοῦ προπυλωρικοῦ ἄντρου.

Κατὰ τὸν R. A. Guimann, τὰ πρῶτα σημεῖα τῆς διατάσεως τοῦ στομάχου ἐκδηλοῦνται οὐχὶ παρὰ τὸν κάτω πόλον, ἀλλὰ ἐπὶ τοῦ τμήματος ἐκείνου τοῦ στομάχου, ὅπερ καταβάλλει τὴν μεγαλύτεραν προσπάθειαν, ἵνα ὑπερνικήσῃ τὴν πυλωρικὴν δυσχέρειαν, ἀλλὰ καὶ τὸ ὅποῖον δέχεται τὴν μεγαλύτεραν πίεσιν, δηλαδὴ τὸ ἄντρον.

Ἡ ὑπὸ τὸν σφιγκτήρα μοῖρα προβάλλει ὀλίγον κατ' ὀλίγον καὶ περισσότερον πρὸς τὰ δεξιὰ (Πίναξ Η' σχ. 3-7). Ἡ παρυφὴ τῆς μοίρας ταύτης πλησιάζει πρὸς τὸν ἄξονα τῆς κατιούσης μοίρας τοῦ δωδεκαδακτύλου, τὸν ὅποῖον καὶ ὑπερβαίνει. Δημιουργεῖται τοιοῦτοτρόπως μία χαρακτηριστικὴ εἰκὼν, τὴν ὁποῖαν ὁ Guimann ὀνομάζει «ὠθησιν πρὸς τὰ δεξιὰ» ἢ «en sabbol». Αὕτη εἶναι ἡ πλέον πρῶτος ἐκδήλωσις τῆς προπυλωρικῆς διατάσεως. Ὅταν ἡ διάτασις φθάσῃ μέχρι τοῦ σημείου νὰ ὑπερβῇ τὴν θέσιν τοῦ βολβοῦ τοῦ δωδεκαδακτύλου, καὶ κυρίως ὅταν οὗτος λόγῳ περισπλαγχνίτιδος ὑποστῇ ἔλξιν πρὸς τὰ ἀριστερά, θὰ ἔχωμεν τὸ σχῆμα «ἐλληνικοῦ τσαρουχιοῦ», ὡς τὸ περιγράφει ὁ Guimann, μὲ τὸ ἄκρον ἀνεστραμμένον πρὸς τὰ ἄνω καὶ μὲ τὴν φούνταν ἥτις ἀντιπροσωπεύεται ἀπὸ τὸν βολβόν.

Εἰς τὰ ἀρχικὰ στάδια ἡ διάτασις αὕτη πρὸς τὰ δεξιὰ εἶναι διαλείπουσα, ἥτοι κατὰ τὰς συσπάσεις παρατηροῦμεν, ὅτι τὸ ἄντρον διογκούμενον προβάλλει ἐκεῖθεν τοῦ βολβοῦ, ἐν συνεχείᾳ δὲ ἐπανάγεται εἰς τὴν φυσιολογικὴν θέσιν του. Ἡ διαλείπουσα αὕτη παραμόρφωσις γίνεται σαφῶς ἀντιληπτὴ ἐπὶ τῶν λαμβανομένων ἐν σειρᾷ ἀκτινογραφιῶν. Ἐξαφανίζεται εἰς τὰ πρῶτα στάδια τῶν ἐλκῶν, ἵνα ἐν συνεχείᾳ μονιμοποιηθῇ, διότι ἡ προσβληθεῖσα μοῖρα ἔχει ἀπολέσει πλέον τὸν μυϊκὸν τῆς τόνου καὶ ἡ παραμόρφωσις αὕτη παραμένει μονίμως.

3ον. Ἡ διάτασις πρὸς τὰ κάτω. Τὸ ἐπόμενον στάδιον ἐξελίξεως ἀντιπροσωπεύεται ἀπὸ τὴν παραμόρφωσιν ταύτην, προστιθεμένην εἰς τὴν ὠθησιν πρὸς τὰ δεξιὰ. Εἶναι μία χαρακτηριστικὴ εἰκὼν, ὅταν προκαλῆται ἰδίως ἀπὸ ἔλκος τοῦ ἐλάσσονος τόξου, τὸ ὅποῖον σμικρύνει τὸ τόξον τοῦτο καὶ ἔλκει τὸν πυλωρὸν πρὸς τὰ ἀριστερά.

Ἡ διάτασις ἐκδηλοῦται προοδευτικῶς πρὸς τὰ κάτω καὶ ὁ κάτω πόλος τοῦ στομάχου λαμβάνει τὸ σχῆμα ἐπιμήκουσ θύλακος (προ-

γούλι). Ἡ προοδευτικὴ αὐτὴ πρὸς τὰ κάτω παραμόρφωσις γίνεται σαφῶς ἀντιληπτὴ χάρις εἰς τὴν λήψιν ἀκτινογραφιῶν κατὰ διαφόρους περιόδους (σχ. 8—11). Ἐξ ἄλλου, ἡ ὑπερθεν τοῦ βαριούχου πόλτου παρουσία στρώματος ὑγροῦ ὑπογραμμίζει τὴν περὶ τὴν κένωσιν διαταραχὴν. Σημειωτέον ἐπίσης ὅτι ἡ παρουσία ὑγροῦ στάσεως μὲ ὑπολείμματα τροφῶν δύναται νὰ δώσῃ εἰς τὰς ἀκτινογραφίας ψευδοελλειμματικὰς εἰκόνας, αἵτινες θὰ ἐκληφθοῦν ὡς ὀφειλόμεναι εἰς ὄγκον.

Περίοδος ἀκμῆς. Ὅσον προχωρεῖ ἡ στένωσις, τόσο καὶ τὰ κλινικὰ σημεῖα καθίστανται πλέον ἔκδηλα. Ἐχομεν ἤδη φθάσει εἰς τὸ χειρουργικὸν στάδιον τῆς στενώσεως, τὸ ὁποῖον δὲν θὰ ἔπρεπε νὰ παρατηρηθῆται, ἐὰν οἱ ἄρρωστοὶ παρηκολουθοῦντο τακτικὰ, κλινικῶς καὶ ἀκτινολογικῶς.

Οἱ πόνοι εἶναι πάντοτε ὀψιμοί, τείνουν ὁμῶς νὰ ἀπολέσουν τὸν ἀρχικόν των χαρακτήρα. Ἡ περίοδος πόνων ἐπιμηκύνεται, ἡ περίοδος ἡρεμίας ἐλαττοῦται σὺν τῷ χρόνῳ, ἐξαφανίζεται, δὲν ὑπάρχει πλέον ἐλεύθερον μεσοδιάστημα καὶ οἱ πόνοι εἶναι καθημερινοί.

Οἱ ἔμετοι εἶναι συχνότεροι, ἐνίοτε ἀμέσως μετὰ τὸ φαγητόν, συνηθέστερον λίαν ὀψιμοί, εἰς τὴν ἀκμὴν τοῦ πόνου, ὅποτε ὁ στόμαχος προσπαθῶν νὰ ὑπερνήκησῃ τὸν ἐστενωμένον πυλωρόν, ὅστις ἔχει ἔτι περισσότερον ἀποφραχθῆ ἀπὸ τὴν φλεγμονὴν καὶ τὸν ἐπιπρόσθετον σπασμόν, καὶ μὴ κατορθῶνων τοῦτο, ἐκκενώνει τὸ περιεχόμενόν του μὲ ἄφθονον ὑγρὸν ὑπερεκκρίσεως διὰ τοῦ καρδιακοῦ στομίου. Οἱ λίαν ὀψιμοὶ ἔμετοι ἐπέρχονται συνήθως ἀργὰ τὴν νύκτα, οὕτως ὥστε πολλοὶ ἄρρωστοὶ νὰ γνωρίζουν ἐπακριβῶς, ὅτι λ.χ. εἰς τὰς 2 ἢ τὰς 3 τὸ πρωτὶ θὰ ἔχουν ἕνα ἔμετον περιέχοντα ὑπολείμματα τροφῶν, καὶ κατόπιν τοῦ ὁποίου θὰ δυνηθοῦν ν' ἀναπαυθοῦν.

Ἡ γενικὴ κατάστασις τοῦ ἀρρώστου ἀρχίζει νὰ προσβάλλεται σημαντικῶς, ὅποτε θὰ παρατηρηθοῦν:

- Προοδευτικὴ ἀπίσχανσις.
- Ἀφυδάτωσις: δέρμα ξηρόν, χαλαρόν.
- Ὀλιγουρία, δυσκοιλίτης.

Ἡ ἐξέτασις τοῦ ἀρρώστου ἀποκαλύπτει τρία σημαντικὰ σημεῖα:

- α' Τὸν παφλασμόν.
- β' Τὴν μόνιμον τάσιν τοῦ ἐπιγαστρίου.
- γ' Τὰς περισταλτικὰς κινήσεις.

α'. Λόγω τῆς ἐπερχομένης ἀπισχνάνσεως διαγράφεται ὑπὸ τὸ κοιλιακὸν τοίχωμα τὸ γενικὸν σχῆμα τοῦ στομάχου. Ἐάν ὁ ἄρρωστος ἐξετασθῆ τὸ πρῶτῃ νῆσις θὰ παρατηρήσωμεν, πλήττοντες διὰ τῶν ἄκρων τῶν δακτύλων τὴν χώραν ταύτην, τὸν χαρακτηριστικὸν παφλασμόν, ὅστις ἐρμηνεύει τὴν ἐντὸς τοῦ στομάχου ὑπαρξιν ὕγρου στάσεως.

β' Ὑπὸ τὸ λεπτὸν κοιλιακὸν τοίχωμα διαγράφονται αἱ ἔντονοι κινήσεις τοῦ στομάχου. Ἐνίοτε ὁ διατεταμένος στόμαχος διαγράφεται «ὑπὸ μορφήν σκληρᾶς, ἐπωδύου καὶ τυμπανικοῦ ἤχου διογκώσεως, ἣτις προβάλλει ὑπὸ τὸ κοιλιακὸν τοίχωμα ὑπερθεν τοῦ ὄμφαλοῦ ἅμα τῇ λήψει ἔστω καὶ μικρᾶς ποσότητος τροφῆς». Σημειωτέον ὅτι ἡ τάσις αὕτη εἶναι μᾶλλον διαλείπουσα παρά μόνιμος.

γ' Τὰ περισταλτικὰ κύματα ἐμφανίζονται περιοδικῶς. Ἐκκινοῦν ἐκ τοῦ ἀριστεροῦ ὑποχονδρίου κατευθυνόμενα πρὸς τὰ κάτω καὶ δεξιὰ, ἀκολουθοῦντα τὸ γενικὸν σχῆμα τοῦ στομάχου. Τὰ κύματα ταῦτα ἄλλοτε παρατηροῦνται αὐτομάτως, ἐνῶ ἄλλοτε εἴμεθα ὑποχρεωμένοι νὰ τὰ προκαλέσωμεν διὰ μικρῶν πλήξεων εἰς τὸ ἐπιγάστριον. Ὅταν δὲν εἶναι ἔντονα, εἶναι δυνατὸν νὰ ἐκληφθοῦν ὡς τοιαῦτα αἱ σφύξεις τῆς κοιλιακῆς ἀορτῆς ἢ αἱ ἀναπνευστικαὶ κινήσεις. Ἐπίσης εἰς λίαν ἰσχνὰ ἄτομα, ἰδίως γυναῖκας, διακρίνονται ὑπὸ τὸ τοίχωμα αἱ φυσιολογικαὶ κινήσεις τοῦ στομάχου. Εἰς πολλὰς περιπτώσεις θὰ παρατηρήσωμεν, ὅτι τὰ περισταλτικὰ ταῦτα κύματα, μὴ δυνάμενα νὰ ὑπερικήσουν τὸ πυλωρικὸν ἐμπόδιον, σημειῶνουν παρά τὸ σημεῖον αὐτὸ μίαν στάσιν καὶ ἐν συνεχείᾳ ἐπανερχοῦνται πρὸς τὸ καρδιακὸν στόμιον, δημιουργοῦντα τοιοῦτοτρόπως τὸν ἀντιπερισταλτισμὸν.

Ὁ καθετηριασμὸς τοῦ στομάχου εἶναι χαρακτηριστικὸς. Ἡ ἀφαιρουμένη ποσότης γαστρικοῦ ὕγρου ὑπερβαίνει τὰ 150—200 καὶ πλέον κ.ἐκ. Εἰς τὴν στένωσιν ἐξ ἔλλκους τὸ ὕγρὸν αὐτὸ εἶναι ἐξ ὑπερρεκρίσεως, ἐντὸς δὲ τούτου εὐρίσκονται ἀναμεμιγμένα ὑπολείμματα τροφῶν, τὰ ὁποῖα ἀναλόγως τοῦ βαθμοῦ τῆς στενώσεως καθιζάνουν εἰς παχὺ στρώμα ἢ ἐμφανίζονται ὑπὸ μορφήν πόλτου ἐντὸς τοῦ ὁποίου διακρίνονται τὰ διάφορα ὑπολείμματα (χόρτα, καρόττα κ.λ.π.).

Ἡ ἀκτινολογικὴ διάγνωσις εἰς τὸ στάδιον αὐτὸ εἶναι εὐχερὲς στάτη. Ἄμα τῇ λήψει μικρᾶς ποσότητος σκιεροῦ γεύματος θὰ διαπιστώσωμεν τὴν ὑπαρξιν ἀφθόνου ποσότητος ὕγρου. Πράγματι, τὸ βάριον, μόλις ἔλθῃ εἰς ἐπαφὴν μὲ τὴν ἐπιφάνειαν τοῦ ὕγρου τούτου, ἐξαπλοῦται, πίπτει βραδέως «κατὰ νιφάδας» ἢ ὅπως ὅταν πίπτῃ τὸ σιρόπι εἰς τὸ ὕδωρ διαλυόμενον.

Ὁ κάτω πόλος τοῦ στομάχου εἶναι λίαν διατεταμένος, πεπτωκώς, πολὺ κάτωθεν τοῦ ὀμφαλοῦ, ὁ δὲ βαριοῦχος πόλτος συγκεντροῦται ἐκεῖ διαγράφων τὸ σχῆμα μιᾶς λεκάνης (encuvette) (σχ. 12). Ἡ ἐγκαρσία διάμετρος τοῦ στομάχου εἶναι λίαν ἠϋξημένη. Κατὰ ἀραιὰ χρονικὰ διαστήματα παρατηροῦμεν ἐντόνους περισταλτικὰς κινήσεις τοῦ στομάχου, αἵτινες τὸν διαχωρίζουν εἰς πολλὰς μοίρας, καὶ αἱ ὁποῖαι κινήσεις ἐπιτυχάνουν τὴν διάβασιν ἐλαχίστων σταγόνων βαρίου, χάρις εἰς τὰς ὁποίας διαγράφεται κάπως ὁ πυλωρὸς καὶ ὁ βολβός. Μετὰ ταῦτα ἐπακολουθεῖ μία φάσις πλήρους ἀτονίας, κατὰ τὴν ὁποίαν ὁ στόμαχος ἐπανευρίσκει τὸ λεκανοειδὲς σχῆμα του. Ἡ φάσις αὕτη δύναται νὰ διαρκέσῃ καὶ ἐπὶ ὥρας, ὅσον δὲ περισσότερον ἐξελισσεται ἢ στένωσις, τόσον καὶ ὁ περισταλισμὸς γίνεται ἀραιότερος, ὀλιγώτερον ἀποτελεσματικὸς, ἐρμηνεύων τὴν τελείαν μυϊκὴν ἐξάντλησιν καὶ τὴν πλήρη σχεδὸν στένωσιν.

Περίοδος τελείας στενώσεως. Ἡ εἰκὼν τῆς μεγάλης ταύτης πυλωρικῆς στενώσεως παρατηρεῖται ἀκόμη καὶ σήμερον, παρὰ τὰς προόδους τῆς ἀκτινολογίας. Εἰς τὸ τελικὸν αὐτὸ στάδιον ὁ στόμαχος ἔχει διαταθῆ, ἔχει ἀπολέσει κάθε συσταλτικότητά, εἶναι τελείως ἄτονος. Μικρὰ ποσότης ὑγροῦ διέρχεται ἐνίοτε ἀκόμη διὰ τοῦ πυλωροῦ.

Οἱ πόνοι ἔχουν καὶ αὐτοὶ ἀπολέσει τὴν ἔντασιν των, οὕτως ὥστε οἱ ἄρρωστοὶ νὰ παραπονοῦνται μᾶλλον διὰ μόνιμον ἐνόχλησιν παρὰ τὸ ἐπιγιάστριον. Κάθε ρυθμὸς ἔχει ἐξαφανισθῆ.

Οἱ ἔμετοι, δὲν ἔχουν τὴν συχνότητα τῆς προηγουμένης περιόδου, ἐμφανίζονται δὲ ἀνὰ 2, 3, 4 ἢ καὶ 5 ἡμέρας. Εἶναι ὅμως ἐξαιρετικῶς ἄφθονοι, περιέχουν τροφὰς πολλῶν ἡμερῶν, λόγῳ δὲ τῶν δημιουργουμένων ἐντὸς τοῦ στομάχου ζυμώσεων, ἰδίως δὲ τῆς παραγωγῆς ὀξεικοῦ ὀξέος, ἀποκτοῦν ἰδιάζουσαν ὀσμὴν ταγγοῦ βουτύρου ἢ ὀξους. Ἡ αὕτη ἐξ ἄλλου ὀσμῆ ἀνευρίσκεται εἰς τὴν ἀναπνοὴν τοῦ ἀρρώστου καὶ εἰς τὰς συνεχεῖς ἐρυγὰς.

Ἡ γενικὴ κατάστασις κυριαρχεῖ τῆς ὅλης κλινικῆς εἰκόνας. Ἡ ἠλαττωμένη θρέψις καὶ ἡ καχεξία εἶναι λίαν ἔκδηλοι καὶ ἐπηρεάζουν ἀπάσας τὰς λειτουργίας τοῦ ὀργανισμοῦ.

Θὰ παρατηρήσωμεν ὑπότασιν, ταχυκαρδίαν. Οἱ μεγάλοι ἔμετοι θὰ προκαλέσουν ἐκσεσημασμένην ὑποχλωραιμίαν, λόγῳ τῆς ὁποίας θὰ ἐμφανισθῆ ἡ ἀλκάλωσις καὶ ἡ χλωροπενικὴ ἀζωθαιμία.

Ἐπὶ πλέον : — Τοξικαὶ ἀπορροφήσεις.

— Ὀλιγουρία.

- Ἐνδοκρινικαὶ ἀνεπάρκειαι λειτουργικῆς φύσεως.
— Τετανία.

Ἡ ἐξέτασις τοῦ ἄρρώστου θ' ἀποκαλύπτει τὴν ὑπερξιν μεγάλου καὶ μονίμου παφλασμοῦ. Αἱ περισταλτικαὶ κινήσεις δὲν παρατηροῦνται πλέον.

Ὅσον ἀφορᾷ τὸν καθετηριασμόν τοῦ στομάχου καὶ τὴν ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν εἶναι αὐτονόητον ὅτι δὲν εἶναι ἀπαραίτητοι διὰ τὴν διάγνωσιν. Θὰ μᾶς δώσουν εἰς μεγαλύτερον βαθμὸν τὰ εἰς τὰ προηγούμενα στάδια παρατηρηθέντα. Ἐάν ὁ ἄρρώστος δὲν χειρουργηθῆ, λόγῳ τῆς προοδευτικῆς καχεξίας περιπίπτει εἰς κωματώδη κατάστασιν καὶ ἐπέρχεται ὁ θάνατος, ἐάν οὗτος δὲν ἐπιταχυνθῆ ἐκ πνευμονικῆς τινος ἐπιπλοκῆς.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΑΙ ΤΟΥ ὙΔΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΩΝ
ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΣΤΕΝΩΣΙΝ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ

Διάφοροι καταστάσεις τοῦ γαστρικοῦ σωλήνος προκαλοῦν διαταραχὰς τοῦ ὕδατος καὶ τοῦ μεταβολισμοῦ τῶν ἠλεκτρολυτῶν, ὄχι μόνον διότι τὸ σύστημα τοῦτο εἶναι τὸ μόνον ἐν τῷ ὀποίῳ γίνεται ἡ ἀπορρόφησις τῶν ὡς ἄνω συστατικῶν, ἀλλὰ καὶ διότι μεγάλαι ποσότητες τούτων ἀπεκκρίνονται καθημερινῶς ἐντὸς τοῦ πεπτικοῦ σωλήνος. Διὰ τὴν καλυτέραν κατανόησιν τῶν ὡς ἄνω διαταραχῶν, διὰ τὴν πρόληψιν των, ὡς καὶ διὰ τὴν θεραπείαν των, θὰ προβῶμεν εἰς σύντομον ἀνασκόπησιν τῆς φυσιολογίας τῶν ἠλεκτρολυτῶν αὐτῶν καὶ τοῦ μηχανισμοῦ τῆς διαταραχῆς των.

Ἐν ὑγιᾶς ἄτομον ἀπὸ ἀπόψεως ὕδατος παρουσιάζει ἰσορροπίαν ὅσον ἀφορᾷ τὴν λήψιν καὶ τὴν ἀπέκκρισιν τούτου.

Λήψις ὕδατος

Ἄπὸ τοῦ στόματος 1200 κ. ἐκ.

Περιεκτικότης τροφῶν 1000

Ἐκ τῆς ὀξειδώσεως $\frac{300}{2.500}$

Ἀπέκκρισις ὕδατος

Διὰ τῶν οὐρῶν 1200 κ. ἐκ.

Διὰ τῆς πνευμονικῆς καὶ ἀδῆλου ἀναπνοῆς 1200

Διὰ τῶν κοπράνων $\frac{100}{2.500}$

Σημειωτέον ὅτι εἰς τοὺς χειρουργηθέντας ἡ ἀπώλεια διὰ τῆς πνευμονικῆς καὶ ἀδῆλου ἀναπνοῆς εἶναι μεγαλυτέρα τῆς φυσιολογικῆς. Ἐκ τοῦ ἄνω πίνακος προκύπτει ὅτι ἡ λήψις ἀπὸ τοῦ στόματος καὶ ἡ ἀπέκκρισις διὰ τῶν οὐρῶν εἶναι περίπου ἴση, ἀλλὰ συχνότατα οἱ ἄλλοι παράγοντες τῆς ἰσορροπίας ταύτης ἀγνοοῦνται, μὲ σοβαρὰς ἐνίοτε συνεπειάς.

Ἡ φυσιολογικὴ λήψις νατρίου, ὑπὸ μορφὴν συνήθως χλωριούχου νατρίου, κυμαίνεται ἀπὸ 3—10 γρ. χλωριούχου Na, ἐκ τῶν ὀποίων

μόνον τὸ 1—2 γρ. περιέχονται εἰς τὰς τροφάς, τῆς ὑπολοίπου ποσότητος προστιθεμένης εἰς ταύτας. Ἡ ἀπώλεια εἰς τὰ φυσιολογικά κόπρανά εἶναι περίπου 0,20 γρ. ἡμερησίως. Ἀπουσία ἐφιδρώσεως καὶ παρὰ τὴν μεγάλην ἀπώλειαν διὰ τῆς ἀδήλου ἀναπνοῆς ὕδατος, ἢ διὰ τοῦ δέρματος ἀπώλεια εἶναι ἀσήμαντος, οἱ νεφροὶ δὲ εἶναι ἐκεῖνοι, οἵτινες ἀποβάλλουν τὴν περίσσειαν.

Τὸ κάλιον εἶναι τὸ κύριον ἔνδοκυττάριον κατιὸν τοῦ σώματος. Προσφάτως ἀπεδείχθη, ὅτι εἰς περίπτωσιν διαταραχῶν τοῦ πεπτικοῦ σωληνός δύνανται νὰ ἐμφανισθοῦν σημαντικαὶ διαταραχαὶ τῆς ἰσορροπίας τοῦ καλίου καὶ ὅτι δύναται νὰ προκληθῇ ἔλλειψις τούτου διὰ τῆς ἀντικαταστάσεως τοῦ ἔνδοκυττάριου καλίου ὑπὸ τοῦ νατρίου. Ἡ φυσιολογικὴ λήψις καλίου ἐξαρτᾶται κυρίως ἀπὸ τὴν ληφθεῖσαν ποσότητα ζωϊκοῦ λευκώματος. Εἰς περίπτωσιν διαίτης πτωχῆς εἰς λευκωμα, τὸ λαμβανόμενον ποσὸν τοῦ καλίου ἀνέρχεται εἰς 2 γρ. ἡμερησίως, ἢ δὲ μεγαλύτερα ποσότης τούτου ἀπεκκρίνεται διὰ τῶν οὔρων.

Εἰς τὰ ὑγιᾶ ἄτομα, οἱ νεφροὶ ἐλέγχουν τὰ ὑγρά καὶ τοὺς ἠλεκτρολύτας τοῦ σώματος, ἀποβάλλοντες τὴν περίσσειαν καὶ κατακρατοῦντες ὅ,τι ἀπαιτεῖται διὰ τὴν φυσιολογικὴν λειτουργίαν. Εἰς πλείστας ὁμῶς νόσους ὁ ἔλεγχος οὗτος τῶν νεφρῶν διαταράσσεται σοβαρῶς. Μία ἀφυδάτωσις ἢ ἓνα χροσ, δυνατόν νὰ ἐλαττώσῃ τὴν διηθητικότητά τοῦ σπειράματος καὶ οἰαδήποτε σοβαρὰ νόσος δύναται νὰ ἐλαττώσῃ τὴν ἐπαναρροφητικὴν ἰκανότητα τῶν οὔροφόρων σωληναρίων. Ἄλλὰ καὶ ἡ ἰκανότης ἐνὸς ὑγιοῦς νεφροῦ εἶναι περιορισμένη. Οὕτω, καὶ εἰς ὑγιεῖς νεφρούς, ὁ ὄγκος τῶν οὔρων, ὁ ἀπαραίτητος ἵνα ἀπεκκρίνη τὴν περίσσειαν τῶν ἠλεκτρολυτῶν ἢ ὑποπροϊόντα τοῦ μεταβολισμοῦ, ὅπως ἡ οὔρια, ἐξαρτᾶται ἐκ τῆς ὡσμοτικῆς πίεσεως τῶν στερεῶν συστατικῶν, τὰ ὁποῖα δεόν νὰ μετακινηθοῦν, ἐφ' ὅσον πρέπει νὰ διατηρηθῇ ἡ φυσιολογικὴ πυκνότης τοῦ πλάσματος. Ἐὰν ἐπιτευχθῇ ἡ ἀνωτάτη συμπύκνωσις, ὁ ὄγκος οὔτος ποικίλλει ἀπὸ 150—200 κ. ἐκ. Φυσικὰ ὅσον περισσότερον προσβληθῇ ἡ ἰκανότης συμπτυκνώσεως τοῦ νεφροῦ, τόσον μεγαλύτερα θὰ εἶναι καὶ ἡ ἀναγκαία ποσότης οὔρων, ἵνα ἀπεκκρίνη τὴν αὐτὴν ποσότητα τῶν ἀχρήστων προϊόντων τῶν καύσεων. Οὕτω τὰ ἀπαραίτητα οὔρα δύνανται νὰ ὑπολογισθοῦν ἐκ τοῦ ἀνωτάτου εἰδικοῦ βάρους εἰς τὸ ὁποῖον οἱ νεφροὶ δύνανται νὰ συμπτυκνώσῃ τὰ οὔρα, δηλαδὴ ὅσον μικρότερον εἶναι τὸ εἰδικὸν βᾶρος τόσον μεγαλύτερα εἶναι ἡ ὑποχρεωτικὴ ποσότης οὔρων, ἵνα ἀπεκκριθοῦν ὑπ' αὐτῶν τὰ διάφορα ἀχρήστα προϊόντα. Π.χ. μὲ εἰδ. β. 1032 ἀπαιτεῖται ποσότης οὔρων 480 περίπου κ. ἐκ. ἐνῶ μὲ 1010 εἰδ. β. ἀπαιτοῦνται 1440 κ. ἐκ. περίπου. Δέον ὁμῶς

νά σημειωθῆ, ὅτι, ἐάν ὁ ὄργανισμὸς δύναται νά κατακρατήσῃ τὸ νάτριν, ὥστε νά ἀντισταθμίσῃ μίαν ἔλλειψιν, δὲν δύναται εἰς ἀνάλογον περίπτωσιν νά διατηρήσῃ καὶ τὸ κάλιον. Ἐπὶ πλεον ἀκόμη καὶ εἰς περίπτωσιν μεγάλης νεφρικῆς βλάβης εἶναι δυνατὸν τὸ κάλιον νά ἀπεκκριθῆ ἀπ' εὐθείας διὰ τῶν σωληναρίων.

Ἄς ἴδωμεν τώρα ποῖαι εἶναι αἱ φυσιολογικαὶ ποσότητες τῶν διαφόρων γαστροεντερικῶν ὑγρῶν, τὰ ὅποια ἀπεκκρίνονται καὶ φυσιολογικῶς ἐπαναπορροφοῦνται ἐξ ὀλοκλήρου εἰς τὸ 24ωρον :

Σιέλος	1500	κ.	ἐκ.
Γαστρικὸν ὑγρὸν	2500	»	»
Ἐντερικὸν ὑγρὸν	3000	»	»
Χολή	500	»	»
Παγκρεατικὸν ὑγρὸν	700	»	»
	<hr/>		
	8200		

Ἐάν ὑπενθυμίσωμεν ὅτι ὁ ὀλικὸς ὄγκος τοῦ πλάσματος εἶναι 3500 κ. ἐκ., ἀντιλαμβανόμεθα εὐκόλως ποῖα σοβαρὰ διαταραχὴ θέλει λάβει χώραν, ἐάν δὲν συντελεσθῆ ἡ φυσιολογικὴ ἐπαναπορρόφῃσις τῶν ὑγρῶν αὐτῶν.

Ἡ χημικὴ σύνθεσις τῶν ὑγρῶν αὐτῶν κατὰ μέσον ὄρον, ὑπολογιζομένη εἰς χιλιοῖστοῖσοδύναμα κατὰ λίτρον, εἶναι ἡ ἐξῆς κατὰ τὸν Rondall :

Ἵγρὰ	Na	K	Cl
Γαστρικὸν ὑγρὸν	60,4	9,2	84,0
Λεπτοῦ ἐντέρου	111,3	4,6	104,2
Χολή	148,9	4,98	100,6
Παγκρέατος	141,1	4,6	76,6
Πλάσματος	142,0	5,0	103,0

Οἱ ἀριθμοὶ οὗτοι ποικίλλουν ἀρκετά· μ' ὄλα ταῦτα εἰς περίπτωσιν μεγάλης ἀπώλειας αὕτη περιλαμβάνει μίγμα διαφόρων ὑγρῶν π.χ. κατὰ τὸν ἔμετον παρατηρεῖται ἀπώλεια γαστρικοῦ ὑγροῦ, ἀλλὰ καὶ ποσότητος δωδεκαδακτυλικοῦ ἐξ ἀναγωγῆς. Γενικῶς δυνάμεθα νά εἴπωμεν, ὅτι ἡ ἀπώλεια ὑγρῶν τοῦ ἀνωτέρου τμήματος τοῦ ἐντερικοῦ σωλήνος περιέχει κυρίως χλώριον καὶ ὡς ἐκ τούτου εἶναι κυρίως ὄξινον, ἐνῶ ἐκ τοῦ κατωτέρου τμήματος τοῦ ἐντέρου περιέχει σχετικῶς περισσότερον διττανθρακικὸν καὶ ἐπομένως εἶναι ἀλκαλικόν.

Διαταραχὴ τῆς φυσιολογικῆς συνθέσεως τῶν ὑγρῶν καὶ ἠλεκτρολυτῶν τοῦ ὄργανισμοῦ δύναται νά προκληθῆ ἀπὸ ὑπερβολι-

κ ή ν, ἀκατάλληλον ἢ ἀνεπαρκῆ λήψιν ἢ καὶ ἀπέκκρισιν.

Ἡ ἀπὸ τοῦ στόματος ὑπερβολικὴ λήψις ὑγρῶν εἶναι σπανία. Τὸ συνηθέστερον διαπραττόμενον σφάλμα εἶναι ἡ ὑπὸ μορφῆν φυσιολογικοῦ ὁροῦ χορήγησις μεγάλης ποσότητος νατρίου. Πράγματι, ἡ ἀναγκαία ἡμερησία ποσότης χλωριούχου νατρίου ἀνέρχεται εἰς 3—10 γρ. Δεδομένου δὲ ὅτι ἐν λίτρον «φυσιολογικοῦ ὁροῦ» περιέχει 9 γρ., ἡ χορήγησις μεγαλυτέρας ποσότητος τοιοῦτου ὁροῦ θὰ ὑπερβῆ τὴν ἡμερησίαν ἀνάγκην εἰς νάτριον.

Ἡ αὐτόματος ἐξ ἄλλου λήψις ὑπερβολικῆς ποσότητος καλίου σπανίως θὰ προκαλέσῃ ἐνοχλήματα, ἐκτὸς ἐάν ὑπάρχῃ καὶ σύγχρονος ἐλάττωσις τῆς ἀπεκκρίσεως τῶν οὔρων, ὅποτε καὶ μετρία ποσότης καλίου δύναται ν' ἀποβῆ ἐπικίνδυνος.

Αὔξησις τοῦ ποσοῦ τοῦ καλίου ἐν τῷ ὀργανισμῷ δυνατόν νὰ ὀφείλεται εἰς ἓνα τῶν κάτωθι παραγόντων, εἴτε μόνον, εἴτε ἐν συνδυασμῷ μετὰ τῶν ἄλλων :

- ἀνεπαρκῆς ἀπέκκρισις οὔρων.
- ἐλάττωσις τοῦ ὄγκου τοῦ ἐξωκυτταρίου ὑγροῦ.
- ἀνικανότης τῶν κυττάρων ὅπως προσλάβουν τὸ κάλιον.
- ἀνώμαλος μεταφορὰ τοῦ ἐνδοκυτταρίου καλίου πρὸς τὸ ἐξωκυττάριον ὑγρὸν.
- ὑπερβολικὴ χορήγησις Κ.

Ἐκ τῆς κλινικῆς ἀπόψεως ἡ περίσσεια καλίου εἶναι σπανία. Παρατηρεῖται εἰς τὴν νεφρικήν ἀνεπάρκειαν μετὰ ὀλιγουρίας ἢ ἀνουρίας, εἰς τὴν νόσον τοῦ Addison, εἰς τὴν διαβητικὴν ὀξέωσιν κατὰ τὴν περίοδον τῆς ἀκμῆς. Παροδικὴ ἐπίσης αὔξησις τῆς πυκνότητος τοῦ ἐξωκυτταρίου Κ παρατηρεῖται εἰς τὰς λειτουργικὰς νεφρικὰς ἀνεπαρκειὰς μετὰ περιφερικῆς κυκλοφορικῆς ὀλιγαϊμίας καὶ κυρίως ὅταν συνυπάρχουν ἀλλοιώσεις τῶν ἱστών, λόγῳ τῶν ὁποίων ἐλευθεροῦται τὸ ἐνδοκυττάριον Κ, ὅπως λ.χ. εἰς τὰ ἐγκαύματα, τὴν ὀξειαν αἱμορραγικὴν παγκρεατίτιδα.

Περίσσεια καλίου θὰ ἔχῃ ὡς κλινικὰς ἐκδηλώσεις: α) καρδιακὰς, β) ἐκ τῶν αἰσθητηρίων ὀργάνων, γ) ἐκ τοῦ κεντρικοῦ νευρικοῦ συστήματος.

α) Ἐφ' ὅσον αὐξάνει τὸ ποσὸν τοῦ πλασματικοῦ καλίου, σημειοῦνται καὶ ἀνάλογοι ἠλεκτροκαρδιογραφικαὶ ἀλλοιώσεις. Ἀρχικῶς θὰ παρατηρηθῇ ἐπιμήκυνσις τοῦ κύματος T μετὰ πτώσιν τοῦ ST. Τὸ διάστημα PR ἐπιμηκύνεται καὶ τὸ P ἐξαφανίζεται ἅμα τῇ ἐγκαταστάσει τῆς ἀνεπαρκειᾶς τῶν κοιλίων. Ἐν συνεχείᾳ τὸ διάστημα PT ἐπιμηκύνεται. Τὸ ἐνδοκοιλιακὸν ἐρέθισμα ἐπιβραδύνεται καὶ ὡς ἐκ τού-

του τὸ QRST γίνεται διφασικόν. Τελικῶς ἐγκαθίσταται πλήρης ἀρρυθμία μετὰ μαρμαρυγῆς τῶν κοιλιῶν, ἡ δὲ καρδιά παύει ἐν διαστολῇ.

Τὸ ποσὸν τοῦ καλίου τὸ ὁποῖον προκαλεῖ τὰς ὡς ἄνω διαταραχὰς ποικίλλει. Γενικῶς αἱ ἀλλοιώσεις τοῦ ἠλεκτροκαρδιογραφήματος παρουσίᾳ περισσείας Κ εἶναι ἀσταθεῖς καὶ ἀπρόβλεπτοι, μία δὲ συμπύκνωσης τοῦ νατρίου ἐπηρεάζει τὰ μέγιστα τὴν τοξικότητα τοῦ καλίου. Οὕτω, ἡ εἰς νάτριον φυσιολογικὴ περιεκτικότης τοῦ πλάσματος ἀντιτίθεται εἰς τὰς ἠλεκτροκαρδιογραφικὰς διαταραχὰς τῆς ὑπερκαλιαιμίας, ἐνῶ ἀντιθέτως ἡ ἐλάττωσις εἰς πυκνότητα τοῦ νατρίου τοῦ πλάσματος τὰς ἐπιδεινώνει. Ἡ περίσσεια τοῦ ἐνδο—καὶ ἐξωκυττάρου καλίου θὰ ἐκδηλωθῇ κλινικῶς μὲ βραδυκαρδίαν, ἀρρυθμίαν, περιφερικὸν collapsus, βυθιότητα τῶν καρδιακῶν τόνων, πτώσιν τῆς ἀρτηριακῆς πίεσεως. Τὰ φαινόμενα ταῦτα ὀφείλονται εἰς αὐτὴν αὐτὴν τὴν ὑπερκαλιαιμίαν καὶ οὐχὶ εἰς τὴν αὐξησιν τοῦ εἰς κάλιον περιεχομένου τῶν κυττάρων τοῦ μυοκαρδίου.

β) Ἐκ τῶν διαταραχῶν τῶν αἰσθητηρίων ὀργάνων σημειώνομεν τοὺς πόνους καὶ τὰς παραισθήσεις, αἵτινες ὁμοιάζουν μὲ τὰς παρατηρουμένας εἰς τὰς ἰσχαιμικὰς καταστάσεις τῶν ἄκρων, τὰς ὀφειλόμενας εἰς περιφερικὴν ἀγγειοσυστολὴν ἢ εἰς ἐρεθισμόν τῶν αἰσθητηρίων νευρικῶν ἀπολήξεων. Τὰ ἐνοχλήματα ταῦτα ἐμφανίζονται ὅταν τὸ ποσὸν τοῦ Κ τοῦ πλάσματος ἀνέλθῃ εἰς 0,03%.

γ) Ἐνίοτε παρατηρεῖται ἀνιόσση χαλαρὰ παράλυσις τῶν ἄκρων εἴτε μόνη, εἴτε ἐν συνδυασμῷ μετὰ παραλύσεως τῶν μυῶν τοῦ τραχήλου, τοῦ κορμοῦ καὶ τῆς κύστεως. Δι' ἀνεξηγήτους εἰσέτι λόγους ἡ περίσσεια ἢ ἡ ἔλλειψις εἰς ἐνδο—καὶ ἐξωκυττάριον κάλιον ἐλάχιστα διαφέρουν εἰς τὰς ἐκδηλώσεις των ἐπὶ τῶν ραβδωτῶν μυῶν.

Αἱ ἐκ τοῦ πεπτικοῦ σωληνοῦ ἐκδηλώσεις τῆς ὑπερκαλιαιμίας συνίστανται εἰς ναυτίασιν, διαλείποντας κωλικοὺς τοῦ ἐντέρου καὶ εἰς διαρροϊκὰ φαινόμενα, ἐνίοτε συνοδευόμενα καὶ ὑπὸ αἱμορραγίας.

Ἡ διάγνωσις τῆς ὑπερκαλιαιμίας θὰ ἐπιβεβαιωθῇ μὲ τὴν διαπίστωσιν ὅτι ἡ εἰς Κ πυκνότης τοῦ πλάσματος εἶναι ἀνωτέρα τῶν 19,5% (5,0 χιλιοῖστοῖσοδύναμα). Σημειώτέον ὅτι, πρὸς ἀποφυγὴν σφαλμάτων, θὰ πρέπη κατὰ τὰς πρώτας ὥρας τῆς λήψεως τοῦ αἵματος νὰ ἀποχωρισθῇ ὁ ὀρὸς ἀπὸ τὰ ἐρυθρὰ αἰμοσφαίρια, οὕτως ὥστε ν' ἀποφευχθῇ ἡ μεταπήδησις τοῦ καλίου τῶν ἐρυθρῶν αἰμοσφαιρίων ἐντὸς τοῦ πλάσματος, ὁπότε θὰ ἔχωμεν ἀνακριβεῖς ἀριθμούς.

Ἡ ἐλάττωσις τῆς ἀπεκκρίσεως, ἐὰν δὲν συνοδεύεται καὶ ἀπὸ ὑπερβολικὴν λήψιν, δὲν παίζει καὶ μεγάλον ρόλον εἰς τὰς παθή-

σεις τοῦ γαστρεντερικοῦ σωληνος. Μ' ὄλα ταῦτα ἡ παρατηρουμένη ἐξωνεφρική ἀζωθαιμία, ἣτις παρατηρεῖται εἰς τὰς καταστάσεις αὐτάς, δύνανται νά προκαλέσῃ νέκρωσιν τῶν σωληναρίων με ἀποτελέσμα τὴν ἐλάττωσιν τῆς ἀπεκκρίσεως. Εἰς τὰς συνήθεις καὶ ἐλαφρὰς περιπτώσεις νεφρικής ἀνεπαρκείας θὰ παρατηρηθῇ μᾶλλον ὑπερβολικὴ ἀπώλεια ὕδατος καὶ ἠλεκτρολυτῶν, ὀφειλομένη εἰς χαμηλὴν συμπύκνωσιν τῶν οὕρων.

Τὸ κυριώτερον ὁμως αἷτιον τῶν ὑπὸ συζήτησιν διαταραχῶν εἶναι μεγάλη ἀπώλεια, παρατηρουμένη εἰς περιπτώσεις συνεχῶν καὶ μεγάλων ἐμέτων, συνεχοῦς γαστρικῆς ἀναρροφήσεως, ἐντερικοῦ συριγγίου, διαρροίας, ὁπότε καὶ ἀπόλλυνται μεγάλαι ποσότητες ὕδατος καὶ ἠλεκτρολυτῶν. Τὸ συχνότερον ὁμως αἷτιον εἶναι ἡ ἀνεπαρκῆς λήψις τούτων. Οὕτω δυσφαγία, ἀνοσοεξία, ἔμετοι, περιορισμὸς διὰ «θεραπευτικοῦς» λόγους τῆς *per os* λήψεως ὑγρῶν, λόγῳ γαστρορραγίας ἢ κατόπιν μιᾶς ἐγχειρήσεως, πάντα ταῦτα εἶναι παράγοντες ὀδηγοῦντες εἰς διαταραχὰς ἐάν δὲν ἀποκατασταθοῦν ἐγκαίρως, ἰδίως ὅταν συνδυάζονται μεθ' ὑπερβολικῆς ἀπώλειας.

Ἐάν δὲν χορηγηθοῦν δι' ἄλλης ὁδοῦ, θὰ παρατηρηθῇ ἔλλειψις ἠλεκτρολυτῶν καὶ κυρίως ὕδατος, λόγῳ τῆς μεγάλης ἀπώλειας διὰ τῆς ἀδήλου ὁδοῦ. Θὰ παρατηρηθῇ ὡσαύτως καὶ ἐλάττωσις τοῦ νατρίου, δεδομένου ὅτι διὰ τὴν διατήρησιν ἑνὸς ἰσοτονικοῦ ἐξοκυτταρίου ὑγροῦ, τὰ ἀπεκρινόμενα οὔρα θὰ περιέχουν μεγάλας ποσότητας νατρίου καὶ χλωρίου. Ἄλλὰ καὶ ἡ ἀπώλεια τοῦ Κ θὰ συνεχισθῇ διὰ τῶν οὕρων.

Διάφοροι παράγοντες εὐθύνονται διὰ τὴν ἔλλειψιν εἰς Κ:

- ἀνεπαρκῆς χορήγησις Κ.
- ἀραιώσεις τοῦ πλάσματος ὑπὸ ὑγρῶν πτωγῶν εἰς Κ.
- ὑπερβολικὴ ἀπώλεια διὰ τῶν οὕρων ἢ δι' ἄλλων ὑγρῶν.
- διαταραχὴ τῶν μηχανισμῶν τῆς μεταφορᾶς τοῦ ἐνδοκυτταρίου Κ.

Γενικῶς ἡ ἀνεπαρκῆς χορήγησις Κ μετὰ συνεχοῦς ἀπεκκρίσεως τούτου εἶναι ὁ κυριώτερος αἰτιολογικὸς παράγων.

Ἐλλειψις εἰς Κ παρατηρεῖται εἰς ἀρρώστους πάσχοντας ἐξ ἐμέτων, ἐκ διαρροίας, ἐξ ἐντερικῶν συριγγίων, κατὰ τὴν διαβητικὴν ὀξέωσιν, εἰς ὠρισμένας μορφὰς νεφριτίδων, εἰς ἀρρώστους πάσχοντας ἐξ ὄγκων τοῦ φλοιοῦ τῶν ἐπινεφριδίων, κατόπιν ἐνέσεως μεγάλων δόσεων *desoxycorticosterone*, κατὰ τὴν ἀλκάλωσιν λόγῳ ἐντερικῆς ἀποφράξεως, κατόπιν ἐγχειρήσεως, κατόπιν ὑπερβολικῆς ἐνδοφλεβίου χορηγήσεως γλυκόζης καὶ κυρίως φυσιολογικοῦ ὁροῦ. Μεγα-

λυτέραν δὲ σημασίαν ἔχουν αἱ ἀπώλειαι τοῦ Κ ἐὰν προέρχωνται ἐκ τοῦ κατωτέρου τμήματος τοῦ πεπτικοῦ σωλήνος.

Κατὰ τὴν ἀφυδάτωσιν τὸ Κ ἐγκαταλείπει τὸ κύτταρον μεταναστεῦον εἰς τὸ ἐξωκυττάριον διάστημα, τὸ δὲ νάτριον εἰσέρχεται ἐντὸς τοῦ κυττάρου, ἵνα διατηρήσῃ τὴν ἰσοτονίαν. Καὶ ἐφ' ὅσον ἡ ποσότης τοῦ πλασματικοῦ Κ αὐξάνει, θά ὑπάρξῃ καὶ ἠύξημένη ἀπώλεια Κ διὰ τῶν οὕρων, ἄρα ἔλλειψις.

Ὅκτώ ἡμέρας κατόπιν μιᾶς χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως παρατηρεῖται κατὰ μέσον ὄρον ἀπώλεια 7 γρ. περίπου Κ, ἡ δὲ πῶσις αὕτη δύναται ν' ἀνέλθῃ μέχρις 60—70% τῆς φυσιολογικῆς περιεκτικότητος τοῦ πλάσματος. Τὸ ἕν τρίτον τῆς ἀπολεσθείσης ποσότητος ὀφείλεται εἰς τὴν μετεγχειρητικὴν αὐξήσιν τοῦ καταβολισμοῦ τῶν λευκωμάτων, τὸ ὑπόλοιπον ἀπεκκρίνεται λόγῳ ἐμέτων, ἐφιδρώσεως καὶ κυρίως διὰ τῶν οὕρων.

Ἡ θεραπεία διὰ ACTH, διὰ desoxycorticosterone καὶ ἐν γένει στεροειδῶν τοῦ φλοιοῦ τῶν ἐπινεφριδίων, προκαλεῖ μεγάλας ἀπώλειας Κ.

Αἱ κλινικαὶ ἐκδηλώσεις τῆς ὑποκαλιαιμίας ἐξαρτῶνται ἀπὸ τὸν βαθμὸν τῆς ἐλλείψεως καὶ ἀπὸ τὴν ταχύτητα μεθ' ἧς αὕτη ἐγκατεστάθη.

Ἡ μετρία ἐλλείψις προκαλεῖ κόπωσην καὶ ἀνορεξίαν. Τὰ ἀνανακλαστικὰ δυνατὸν νὰ εἶναι ἠύξημένα καὶ νὰ παρατηρηθοῦν τονικοὶ σπασμοί. Αἱ πρῶται ἐκδηλώσεις σοβαρᾶς ἐλλείψεως Κ θά ἐκδηλωθοῦν ἐπὶ τῶν ραβδωτῶν μυῶν, ἐκδηλούμεναι διὰ γενικῆς μυϊκῆς ἀδυναμίας μέχρι παραλύσεως. Οὐδεμία τάξις παρατηρεῖται ὅσον ἀφορᾷ τὴν προσβολὴν τῶν μυῶν. Ἐὰν προσβληθοῦν οἱ ἀναπνευστικοὶ μύες δύναται νὰ ἐπέλθῃ καὶ αὐτὸς ὁ θάνατος. Ὁ βαθμὸς τῆς προσβολῆς τῶν μυῶν εἶναι ἀνάλογος μὲ τὴν ποσότητα τοῦ πλασματικοῦ Κ. Γενικῶς, ποσὸν κατώτερον τῶν 11,7mg% προκαλεῖ μυϊκὴν ἀδυναμίαν, ἐνῶ χαλαρὰ παράλυσις τύπου Landry ἐμφανίζεται μὲ ποσὸν κατώτερον τῶν 7,4mg%. Λόγῳ ὁμῶς τῶν ἰδιαιτέρων σχέσεων μεταξύ Ca καὶ Κ παρατηροῦνται ὠρισμέναι ἐξαιρέσεις, δεδομένου ὅτι ἡ εὐερεθιστικότης τῶν μυῶν ἐξαρτᾶται ἐκ τῆς σχέσεως $\frac{K}{Ca}$.

Οὕτω, ἐὰν συγχρόνως μὲ τὴν ἐλλείψιν Κ ὑπάρξῃ μεγαλυτέρα ἐλλείψις εἰς Ca, θά παρατηρήσωμεν ὑπερερεθιστικότητα τῶν μυῶν. Ἐὰν τούναντίον ἢ εἰς Κ ἐλλείψις εἶναι σχετικῶς μεγαλυτέρα τοῦ Ca, θά καλύψῃ τὴν αὐξήσιν τῆς νευρομυϊκῆς δράσεως. Τέλος, κατόπιν θεραπείας, τὸ Κ τοῦ πλάσματος αὐξάνει ταχύτερον ἀπὸ τὸ Ca, ὁπότε δυνατὸν νὰ παρατηρηθῇ τετανία, παρὰ τὸ γεγονὸς ὅτι τὸ ποσὸν τοῦ πλασματικοῦ Κ εἶναι ἀκόμη χαμηλότερον τοῦ φυσιολογικοῦ.

Ἡ ὑποκαλιαμία προσβάλλει ἐπίσης τὸ αὐτόνομον νευρικὸν σύστημα, ἐκδηλουμένη διὰ παραλυτικοῦ εἰλεοῦ καὶ ἀτονίας τῆς οὐροδόχου κύστεως. Ἡ ἐλάττωσις αὕτη τῆς κινητικότητος τοῦ πεπτικοῦ σωλήνος εἶναι ἀποτέλεσμα εἴτε ἀπ' εὐθείας δράσεως ἐπὶ τῶν λείων μυϊκῶν ἰνῶν, εἴτε ἀλλοιώσεως τῶν γαγγλίων. Τὰ φαινόμενα ἐκ τοῦ κεντρικοῦ νευρικοῦ συστήματος ἐξαρτῶνται ἀπὸ τὸ ἐξωκυττάριον K, ἐνῶ τὸ ἐνδοκυττάριον ρυθμίζει τὰς ἐκδηλώσεις τῶν λείων καὶ ραβδωτῶν μυῶν.

Αἱ ἠλεκτροκαρδιογραφικαὶ ἀλλοιώσεις ἐγκαθίστανται προοδευτικῶς. Μὲ μετρίαν ἔλλειψιν τὸ κῶμα T ἐλαττοῦται εἰς ὕψος καὶ ἀποπλατύνεται, τὸ δὲ QT ἐπιμηκύνεται. Ἐὰν ἐπιδεινωθῇ ἡ ἔλλειψις, προκαλεῖται ἀρχικῶς διεύρυνσις τοῦ κύματος T, ἐν συνεχείᾳ δὲ ἀναστροφή καὶ πτώσις τοῦ ST. Τέλος δυνατὸν νὰ παρατηρηθοῦν κύματα U, τῶν ὁποίων τὸ ὕψος ἐγγίζει ἢ ὑπερβάλλει τὸ τοῦ κύματος T.

Ἡ ὑποκαλιαμία ἀντιστοιχεῖ γενικῶς εἰς ἐνδοκυττάριον ἔλλειψιν. Δέον ὅμως νὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν, ὅτι φυσιολογικὸν ποσοδὸν πλασματικοῦ K, ἢ καὶ ἠϋξημένον, δὲν συνεπάγεται αὐτομάτως ὅτι καὶ τὸ ἐνδοκυττάριον K εἶναι φυσιολογικὸν ἢ ἠϋξημένον. Μία σημαντικὴ ἀφυδάτωσις, ἕνα χῶρος, μία νεφρική ἀνεπάρκεια, δύνανται νὰ καλύψουν τὴν ἐνδοκυττάριον ἔλλειψιν. Τὸ αὐτὸ δύναται νὰ παρατηρηθῇ εἰς τὴν παιδικὴν διάρροϊαν καὶ τὴν διαβητικὴν ὀξέωσιν. Συχνὰ αὐξήσις τοῦ διοξειδίου τοῦ ἀνθρακος τοῦ πλάσματος ἐν συνδυασμῷ μετὰ ὑποχλωραιμίας εἶναι αἱ πρῶται ἐκδηλώσεις ὑποκαλιαμίας, ὅπως ἐπίσης καὶ μία ἀλκάλωσις ἢ μία ὀξέωσις, μὴ ὑποχωροῦσαι εἰς τὸ NaCl ἀφ' ἐνὸς καὶ εἰς τὸ διττανθρακικὸν νάτριον ἀφ' ἑτέρου.

Ἀπὸ θεραπευτικῆς ἀπόψεως θὰ χορηγηθῇ χλωριούχον K per os εἰς δόσιν 5—10 γρ. ἡμερησίως, εἰς πυκνότητα 3—4, 5 γρ. κατὰ λίτρον, λαμβανομένου ὑπ' ὄψιν ὅτι ἀπότομος αὐξήσις τοῦ K ἐν τῷ πεπτικῷ σωλήνῳ δύναται νὰ προκαλέσῃ πυλωρόσπασμον μετ' ἐμέτων, κολικούς τοῦ ἐντέρου καὶ διάρροϊαν. Ἐνδοφλεβίως θὰ τὸ χορηγήσωμεν εἰς ποσότητα 2—4 γρ. κατὰ λίτρον, 1,5 γρ. ὠριαίως. Συνήθως ἀρκοῦν δύο λίτρα ἡμερησίως. Εἰς περίπτωσιν συνυπαρχούσης ὑπασβεστιαμίας θὰ χορηγήσωμεν ὡσαύτως ἀσβέστιον. Κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς θεραπείας θὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν ὠρισμένους παράγοντας, οἵτινες ἐπηρεάζουν τὴν ἀνεκτικότητα τοῦ K.

— Ἐὰν τὸ ποσοδὸν τοῦ πλασματικοῦ K εἶναι περίπου φυσιολογικόν, ὁ ἄρρωστος θ' ἀνεχθῇ μικρὰς ποσότητας.

— Αἱ εἰς K ἔλλειψεις γενικῶς συνυπάρχουν μὲ ἀλκάλωσιν, ἢ δὲ περίσσεια μὲ ὀξέωσιν. Δεδομένου ὅτι ἡ ἀποβολὴ τοῦ K εἶναι ἡλατ-

τωμένη εις ἄρρωστον με ὀξέωσιν, θά πρέπη τοῦτο νά χορηγηθῆ με πᾶσαν προσοχήν.

— Εἰς περίπτωσιν χαμηλοῦ ποσοῦ πλασματικοῦ Να παρατηρεῖται ἠύξημένη εὐαισθησία ἔναντι τοῦ Κ.

— Κατά μίαν νεφρικήν ἀνεπάρκειαν ὑπάρχει κατακράτησις τοῦ Κ καί ἠλαττωμένη ἀνεκτικότητα καί ὡς ἐκ τούτου θά πρέπη προηγουμένως νά ἐξασφαλισθῆ ἡ καλή διούρησις.

— Κατά μίαν καρδιακήν βλάβην, ἡ εἰς Κ ἀνεκτικότης εἶναι κατωτέρα τῆς φυσιολογικῆς.



Κατά τὴν προκεχωρημένην — τὴν τελικὴν — φάσιν μιᾶς πυλωρικής στενώσεως θά παρατηρηθοῦν, ὡς εἶδομεν, σοβαρά τοξικά φαινόμενα. Παλαιότερον, ὅποτε ὁ ἀκριβὴς προσδιορισμὸς τῶν διαφόρων συστατικῶν καί ἠλεκτρολυτῶν τοῦ αἵματος δὲν ἦτο κατορθωτός, πολλαὶ τοιαῦται περιπτώσεις ἐχαρακτηρίζοντο ὡς οὐραιμία, αὐτοὶ δὲ οὗτοι οἱ ἔμετοι ἀπεδίδοντο εἰς τοξικὴν ἀζωθαιμίαν. Περί τὸ τέρμα τῆς νόσου ἐσημειοῦντο τετανικοὶ σπασμοὶ «γαστρικῆς οὐραιμίας». Ἀπὸ τοῦ 1869 ὁ Kussmaul περιέγραψε τὴν τετανίαν, ἣτις παρατηρεῖται κατὰ μίαν πυλωρικήν στένωσιν. Παρῆλθον 50 ὀλόκληρα ἔτη, ἵνα ἡ τετανία αὕτη ἀποδοθῆ εἰς τὴν ἀλκάλωσιν.

Διάφοροι ἐν συνεχείᾳ ἔρευναι ἀπεκάλυψαν τὴν ἐλάττωσιν τῶν χλωριούχων τοῦ αἵματος κατὰ τὰς ἀνωτέρας ἐντερικὰς ἀποφράξεις καί ἐμελετήθησαν γενικῶς αἱ χημικαὶ ἀλλοιώσεις τοῦ αἵματος αἱ παρατηρούμεναι κατὰ τὴν λόγῳ τῆς πυλωρικής στενώσεως τοξικὴν κατάστασιν. Οὕτως ἀπεκαλύφθη ἡ τριάς ὑποχλωραιμία, οὕξησις τῆς ἀλκαλικῆς παρακαταθήκης, ἀζωθαιμία.

Τὰ πειράματα τοῦ Drogstedt ἀπέδειξαν τελικῶς τὸν μηχανισμόν εἰς τὸν ὅποιον ὀφείλεται ὁ θάνατος ἀτόμων με πυλωρικήν στένωσιν. Εἰς ζῶα ἄνευ πυλωρικής στενώσεως προεκάλεσε χλωροπενίαν, ἀλκάλωσιν, ἀζωθαιμίαν, διὰ τῆς διοχετεύσεως τοῦ γαστρικοῦ ὑγροῦ ἐκτὸς τοῦ σώματος τοῦ ζώου. Κατόπιν οἰσοφαγο—δωδεκαδακτυλικῆς ἀναστομώσεως εἰσήγαγεν εἰς τὸν πυλωρὸν τοῦ οὕτως ἀπομονωθέντος στομάχου ἓνα σωλῆνα, ἀποδείξας ὅτι ἡ ἀπώλεια αὕτη τοῦ γαστρικοῦ ὑγροῦ ἦτο ἰκανὴ νά προκαλέσῃ τοξιναιμίαν ἐν συνδυασμῷ με πυλωρικήν στένωσιν. Πρόκειται δηλαδὴ περὶ ἐνὸς καθαρῶς χημικοῦ μηχανισμοῦ.

Ἡ χημικὴ αὕτη διαταραχὴ συχνὰ χαρακτηρίζεται ὡς ἀλκάλωσις, εἰς τὰς περιπτώσεις ὅμως τελείας πυλωρικής στενώσεως ἡ πρωταρχικὴ διαταραχὴ εἶναι ἡ χλωροπενία καί ἡ ἀφυδάτωσις.

Οι ἄφθονοι ἔμετοι, πλούσιοι εἰς ἐλεύθερον HCl γαστρικῆς φύσεως, στεροῦν τὸν ὄργανισμόν ὄχι μόνον ὕδατος ἀλλὰ καὶ χλωρίου. Τὰ Ἴοντα χλωρίου τοῦ αἵματος, τὰ ὁποῖα σχηματίζουν τὸ HCl, λόγω ἀκριβῶς τῶν ἐμέτων αὐτῶν ἢ τῆς κατακρατήσεώς των ἐντὸς τοῦ διατεταμένου στομάχου, χάνονται ἀπὸ τὸν ὄργανισμόν. Ὡς γνωστόν, ὑπὸ φυσιολογικᾶς συνθήκας, τὰ ἐντὸς τοῦ γαστρικοῦ ὕγρου ἀπεκκρινόμενα χλωριοῦχα καὶ μεταφερόμενα ἐν συνεχείᾳ εἰς τὸ λεπτόν ἔντερον, ἀπορροφῶνται ἐκεῖ ἐκ νέου, ὅπου ἐνοῦνται καὶ πάλιν μετὰ Ἴοντα Na ἐκ τῶν ὁποίων ἀπεχωρίσθησαν διὰ τὸν σχηματισμὸν τοῦ HCl.

Ἐάν τὰ χλωριοῦχα λόγω τῆς ἀπωλείας των δὲν δύνανται νὰ ἐπανέλθουν εἰς τὴν κυκλοφορίαν, τὸ περίσσειμα Na μετὰ τοῦ ὁποίου φυσιολογικῶς ἐνοῦνται ἵνα σχηματισθῇ τὸ NaCl συνδυάζεται μετὰ τοῦ HCO_3 , ὁπότε αὐξάνει ἢ ἀλκαλικὴ παρακαταθήκη τοῦ αἵματος καὶ ἔχομεν τοιοῦτοτρόπως τὴν ἀλκάλωσιν μετὰ σαφοῦς ὑποχλωραιομίας, ὑποχλωριουρίας, καὶ συχνὰ ἐλαφρᾶς ὑπονατριαιμίας. Ὁ βαθμὸς τῆς ἀλκαλώσεως εἶναι ἀνάλογος μετὰ τὴν ποσότητα καὶ τὴν εἰς HCl περιεκτικότητα τῶν ἐμέτων. Δύναται ἐξ ἄλλου νὰ ἐπιδεινωθῇ, ἐάν εἰς τὸν ἄρρωστον μετὰ στένωσιν τοῦ πυλωροῦ χορηγήσωμεν τροφὰς ἢ ὑγρά, ὁπότε αἱ καταποθεῖσαι αὐταὶ οὐσίαι ἀποβάλλονται συγχρόνως μετὰ τοῦ HCl. Εἰς τὸ αὐτὸ ἐξ ἄλλου ἀποτέλεσμα ὁδηγοῦν καὶ αἱ ἐπανειλημμένοι πλύσεις τοῦ στομάχου δι' ὑποτονικῶν ὑγρῶν. Γνωρίζομεν ἐπίσης ὅτι ἡ ἀποχὴ ἀπὸ τροφὰς καὶ ὑγρά εἰς τὰς στενώσεις τοῦ πυλωροῦ διακόπτει τοὺς ἐμέτους. Πειραματικῶς ἐξ ἄλλου εἰς τοὺς κύνας ὁ Forster διεπίστωσεν, ὅτι, κατόπιν ἀπολινώσεως τοῦ πυλωροῦ, οὗτοι ἐπ' ὀλίγον μόνον χρονικὸν διάστημα παρουσίαζον τοὺς ἐμέτους, ἐάν διητηροῦντο εἰς ἀπόλυτον δίαιταν. Ἐάν ἐχορηγεῖτο εἰς αὐτοὺς παρεντερικῶς ἀλατοῦχον ὕδωρ, ἵνα ἀντικατασταθῇ ἡ λόγω τῶν ἐμέτων ἀπώλεια, ἔζων ἐξ ἴσου μετὰ τοὺς ἄνευ ἀπολινώσεως τοῦ πυλωροῦ μάρτυρας τελοῦντας ἐν πλήρει νηστείᾳ.

Κατὰ τὴν ἀπόφραξιν τοῦ ἀνωτέρου τμήματος τοῦ λεπτοῦ ἐντέρου, κάτωθεν ὁμως τοῦ φατερείου φύματος, δὲν παρατηρεῖται συνήθως ἀλκάλωσις, διότι ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον οἱ ἔμετοι περιέχουν ἴσην ποσότητα H καὶ Na, λόγω τῆς συγχρόνου διὰ τούτων ἀποβολῆς τῶν ἀλκαλικῶν παγκρεατικῶν καὶ δωδεκαδακτυλικῶν ὑγρῶν. Ἀκόμη καὶ ὅταν ἡ χλωροπενία καὶ ἀφυδάτωσις εἶναι ἐκσεσημασμένοι, ἡ ὀξεοβασικὴ ἰσορροπία παραμένει φυσιολογική.

Λόγω τῆς ἀλκαλώσεως καὶ τῆς ἀφυδάτωσεως κατὰ τὴν πυλωρικὴν στένωσιν ἐλαττοῦται σημαντικῶς καὶ ἡ ἀπέκκρισις τῶν αἰθρῶν, τὰ ὁποῖα λόγω τῆς μεγάλης ἀποβολῆς βάσεων καθίστανται ἀλκα-

λικά. Φυσικά και ή απέκκρισις τών χλωριούχων έχει σημαντικώτατα ἐλάττωθῃ. Ἀποτέλεσμα τῆς ἐκσεσημασμένης ταύτης ἀφυδατώσεως και ἀλκαλώσεως εἶναι, ὅτι ταχύτατα και οἱ νεφροὶ θά δυσκολευθοῦν ν' ἀπεκκρίνουν τὴν οὔριαν, ἥτις θά αὐξάνῃ προοδευτικῶς, ἐξ οὗ και ή ἀζωθαιμία. Ἡ ἀζωθαιμία αὕτη αὐξάνει συγχρόνως μέ τὴν ἐλάττωσιν τῆς ἀπεκκρίσεως τών οὔρων και ὀφείλεται εἰς τὴν λόγω τῆς ἀφυδατώσεως και ἀλκαλώσεως προκαλουμένην νεφρικήν ἀνεπάρκειαν. Πρόκειται ἐπομένως περί ἐξωνεφρικής ἀζωθαιμίας.

Ἡ ἀφυδάτωσις αὕτη προκαλεῖ και ἐλάττωσιν τοῦ ὄγκου τοῦ αἵματος, ἐκδηλουμένην δι' αὐξήσεως τοῦ αἱματοκρίτου. Ἡ αἰμοσφαιρίνη εἶναι ἠύξημένη και ὑπάρχει ἐρυθροκυττάρωσις.

Ἡ ἀλκάλωσις ἥτις παρατηρεῖται εἰς τὰς παρατεταμένας πυλωρικές στενώσεις δύναται νά ἔχῃ ὡς ἀποτέλεσμα *τετανίαν*, ἀπαντῶσαν κυρίως εἰς τοὺς ἐνήλικας. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς τὸ ποσὸν τοῦ *Ca* εἰς τὸν ὅρον εἶναι φυσιολογικόν. Δεδομένου ὅτι ή ἰόντωσις τοῦ *Ca* ἐλάττωθαι ὅταν αὐξάνῃ τὸ *Ph*, ή τετανία αὕτη θά ὀφείλεται εἰς ἐλάττωσιν, ἀποτέλεσμα τῆς ἀλκαλώσεως τῆς πυκνότητος τοῦ αἵματος εἰς ἰοντωθὲν *Ca*.

Ἡ χημική τριάς ὑποχλωραιομία, ἀλκάλωσις, ἀζωθαιμία, θά ἔχῃ ὡς πρώτας κλινικάς ἐκδηλώσεις κεφαλαλγίαν, κάματον, ἀνορεξίαν, νευρικήν ὑπερδιέγερσιν. Ἐν συνεχείᾳ και ἐφ' ὅσον ή κατάστασις παρατείνεται, θά ἐμφανισθοῦν οἱ σπασμοὶ τών μυῶν, τοῦ στόματος, τοῦ προσώπου και τών ἄκρων, μυϊκοὶ πόνοι και τέλος ή τετανία. Ἡ τελευταία αὕτη ἐκδηλοῦται κυρίως ὅταν ή συνεχῶς αὐξανομένη ἀλκαλικὴ παρακαταθῆκη τείνῃ νά φθάσῃ τὰ 100%.

Περιληπτικῶς ἐπομένως δυνάμεθα νά εἴπωμεν, ὅτι, οἰαδήποτε κατάστασις προκαλοῦσα μεγάλας ἀπωλείας γαστρικοῦ ὑγροῦ, θά ἔχῃ ὡς ἀποτέλεσμα ἔλλειψιν ὕδατος, χλωριούχων, *Na* και *K*. Ἡ σημασία και αἱ συνέπειαι ἐκάστης τών ὡς ἄνω ἀπωλειῶν θά ἐξαρτηθοῦν τὰ μέγιστα ἀπὸ τὰ ληφθησόμενα θεραπευτικὰ μέτρα.

ΚΛΙΝΙΚΑΙ ΜΟΡΦΑΙ ΤΗΣ ΣΤΕΝΩΣΕΩΣ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ

Εἰς τὰ προηγουμένως λεχθέντα ἡσυχολήθημεν κυρίως μέ τὴν στένωσιν τοῦ πυλωροῦ τὴν ὀφειλομένην εἰς ἔλκος, εἴτε τοῦ δωδεκαδακτύλου εἴτε τοῦ στομάχου. Ἀλλὰ τὸ ἔλκος δὲν εἶναι και τὸ μόνον αἷτιον αὐτῆς και ἐπομένως δυνάμεθα νά περιγράψωμεν πλείστας ὄσας αἰτιολογικὰς μορφάς. Οὕτω στένωσιν τοῦ πυλωροῦ δύναται νά προκαλέσῃ ὁ καρκίνος τοῦ στομάχου, ή σύφιλις, ή φυματίωσις. Ἀλλὰ και διάφορα ἄλλα ἐξωγαστρικά ή ἐνδοτοιχωματικά αἷτια, τὰ ὁποῖα ἔχομεν ἤδη ἀναφέρει.

Με τὰς μορφάς ταύτας στενώσεως τοῦ πυλωροῦ θ' ἀσχοληθώ-
μεν εἰς τὰ οἰκεία κεφάλαια. Ἐνταῦθα θὰ μᾶς ἀπασχολήσουν τρεῖς
κυρίως εἰδικαί μορφαί στενώσεως: α') ἡ φλεγμονώδης, β') ἡ σπα-
στική καὶ γ') ἡ ὑπερτροφική.

α') **Φλεγμονώδης στένωσις.** Ἀσχολούμενοι μὲ τὴν
στένωσιν τοῦ πυλωροῦ γενικῶς, ἐλάβομεν ἤδη τὴν εὐκαιρίαν νὰ ἀνα-
φέρωμεν τὸν ρόλον καὶ τὰς σχέσεις μιᾶς φλεγμονῆς, ὡς αἰτίου διὰ
τὴν δημιουργίαν στενώσεως. Εἶναι ὅμως δυνατὸν μία φλεγμονὴ νὰ
δώσῃ τὴν εἰκόνα τῆς ὀργανικῆς στενώσεως, ἐνῶ, ὡς θὰ ἴδωμεν, ἡ κα-
τάλληλος θεραπευτικὴ ἀγωγή ἐξαφανίζει τὴν στένωσιν ταύτην καὶ
ἐπαναφέρει τὸν στόμαχον εἰς τὴν φυσιολογικὴν του κατάστασιν.

Οἱ R. Gutmann καὶ R. Jochiel ἔχουν περιγράψει μίαν εἰδικὴν καὶ
καλοῆθη μορφήν πυλωρικῆς στενώσεως: τὴν ἐκτασικὴν πυλω-
ρο-γαστρίτιδα. Αὕτη δὲν ὀφείλεται εἰς τοπικὴν βλάβην τοῦ πυ-
λωροῦ, ἀλλὰ εἰς γενικὴν προσβολὴν τοῦ στομάχου, εἰς ἐκτασικὴν
γαστρίτιδα.

Πρόκειται ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον περὶ παλαιῶν ἐλκοπαθῶν, οἱ
ὅποιοι οὐδέποτε ἢ σπανιώτατα παρουσίαζον ἐμέτους, καὶ οἱ ὅποιοι
κατὰ τὴν τελευταίαν περίοδον πόνων καταλαμβάνονται αἰφνιδίως
ἀπὸ συνεχεῖς καὶ μεγάλους ἐμέτους, μὴ ἀνεχόμενοι οὐδεμίαν τρο-
φήν. Ἡ γενικὴ τῶν καταστάσεως φθίνει, οἱ χαρακτῆρες τῶν πόνων με-
ταβάλλονται, ἐμφανίζεται ἐλαφρὰ πυρετικὴ κίνησις, ἐνίοτε δὲ καὶ
λευκοκυττάρωσις. Κατὰ τὴν ἐξέτασιν παρατηρεῖται μεγάλη διάτασις
τοῦ στομάχου μὲ τὸν χαρακτηριστικὸν παφλασμόν, ἄνευ ὅμως περι-
σταλτικῶν κινήσεων ἢ διατάσεως τοῦ ἐπιγαστρίου.

Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις μᾶς ἀποκαλύπτει στόμαχον
λίαν διατεταμένον καὶ πεπληρωμένον ἀπὸ ὑγρὰ στάσεως. Ἐχει προσ-
λάβει οὗτος τὸ λεκανοειδὲς σχῆμα, ὃ δὲ βαριοῦχος πόλτος πίπτει
κατὰ νιφάδας. Ἐχομεν τοιοῦτοτρόπως τὴν εἰκόνα μιᾶς μεγάλης στε-
νώσεως, ὅπως ἐκείνης ἣτις παρατηρεῖται κατὰ τὸ τελικὸν στάδιον,
μὲ περισταλτικὰς κινήσεις αἵτινες εἴτε εἶναι ἀσθενέσταται εἴτε
ἐλλείπου. Τὰ ὄρια τοῦ στομάχου δὲν διαγράφονται καλῶς, εἶναι
ἀσαφῆ, μᾶλλον ἀνώμαλα, ἡ δὲ σκιερὰ οὐσία δὲν διέρχεται διὰ τοῦ
πυλωροῦ.

Ὁ ἄρρωστός μας αὐτὸς ἐμφανίζεται ἐπομένως ὡς πάσχων ἀπὸ
μεγάλῃν στένωσιν, πλὴν ὅμως αὕτη δὲν ἐγκατεστάθη προοδευτικῶς,
ἀλλὰ ἀποτόμως, ἐφ' ὅσον ὀλίγας μόνον ἡμέρας πρὸ τῶν ἐνοχλημά-
των δὲν ἐνεφάνιζε κανὲν ἀπολύτως κλινικὸν ἢ ἀκτινολογικὸν φαινό-
μενον στενώσεως.

Ἡ ἀπότομος αὕτη μετάπτωσις ἀπὸ τὴν ὑγιᾶ κατάστασιν εἰς μεγάλην στένωσιν εἶναι χαρακτηριστικὴ τῆς ἑκτασικῆς πυλωρογαστρίτιδος. Πρόκειται περὶ γενικῆς παθήσεως μὲ κύριον στοιχεῖον τὴν καθολικὴν φλεγμονὴν ὀλοκλήρου τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου. Ἡ ὑποξεία αὕτη γαστρίτις δὲν προσβάλλει μόνον τὸν πυλωρόν, ἀλλὰ ὀλόκληρον τὸν στόμαχον, ἐπηρεάζουσα τὸν τόνον αὐτοῦ, οὕτως ὥστε, ἂν καὶ δὲν ὑπάρχη ἐμπόδιον, τὰ τοιχώματα τοῦ στομάχου νὰ ὑποκύπτουν εἰς τὴν λόγῳ τῆς φλεγμονῆς δημιουργηθεῖσαν πάρεσιν.

Ἡ σημασία τῆς αἰτιολογικῆς διαγνώσεως μιᾶς τοιαύτης στενώσεως εἶναι πλέον ἢ ἐμφανῆς. Πράγματι, παρὰ τὴν σοβαρὰν κλινικὴν καὶ ἀκτινολογικὴν εἰκόνα, οἱ ἄρρωστοι αὐτοὶ δὲν πρέπει νὰ χειρουργοῦνται. Διὰ τῆς καταλλήλου θεραπευτικῆς ἀγωγῆς — πλύσεις στομάχου, πρωτεΐνοθεραπεία, ἀντισπασμωδικά, πενικιλίνη — τὰ στενωτικά ταῦτα φαινόμενα ἐξαφανίζονται ἐντὸς ἐλαχίστων ἡμερῶν. Ὁ στόμαχος ἐπανακτᾷ τὸ φυσιολογικόν του σχῆμα καὶ τόνον, ἀποκαλύπτει δὲ καὶ τὸ αἷτιον τῆς στενώσεως ταύτης, ἤτοι τὸ ἔλκος, τὸ ὁποῖον δὲν διεκρίνετο πρὸ τῆς θεραπείας. Ἀφοῦ πλέον παρέλθῃ ἡ φλεγμονὴ καὶ ἂν παραστῇ ἀνάγκη, θὰ ἐκτελεσθῇ ἡ χειρουργικὴ ἐπέμβασις ὑπὸ πλέον εὐνοϊκοῦς καὶ ἀσφαλεῖς ὄρους, ἀποφευγομένων τοιουτοτρόπως τῶν σοβαρῶν μετεγχειρητικῶν ἐπιπλοκῶν.

Περιγράφεται ὡσαύτως καὶ ἕτερα μορφή πυλωρικῆς στενώσεως, βαρείας προγνώσεως, χρῆζουσα ἀμέσου χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως, ἄλλως ὁ θάνατος θέλει ἐπέλθῃ ἐντὸς 2 ἢ 3 ἑβδομάδων. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς προκειται περὶ ἀρρώστων οἵτινες ἔχουν ἤδη ὀργανικὴν στένωσιν, ὀφειλομένην ἰδίως εἰς ἔλκος, καὶ καθ' ἣν ἀποτόμως ἐμφανίζονται συνεχεῖς καὶ ἀδιάκοποι ἔμετοι, ἐπώδουνοι σπασμοί, ὁ δὲ στόμαχος ὑφίσταται ὀξεῖαν διάτασιν. Ἡ κατάστασις αὕτη ὀφείλεται εἰς ταχεῖαν καὶ ὀξεῖαν στένωσιν τοῦ στομάχου, ὅστις ἀρχικῶς εἶναι ὑπερτονικός, ἐν συνεχείᾳ δὲ καθίσταται ἄτονος.

β') Σπαστικὴ στένωσις. Εἰς σπασμὸς τοῦ πυλωροῦ δύναται νὰ δημιουργήσῃ στένωσιν, ἰδίως ἐάν παρατείνεται. Τὰ αἷτιά του ποικίλλουν.

Ἐχομεν ἤδη ἀναφέρει, ὅτι ἔλκος τοῦ ἐλάσσονος τόξου τοῦ στομάχου προκαλεῖ σπασμὸν τοῦ πυλωροῦ. Ἄλλὰ καὶ παθήσεις ἀφορώσαι ἄλλα ὄργανα γειννιάζοντα μετὰ τοῦ στομάχου προκαλοῦν ὡσαύτως πυλωρικὸν σπασμὸν, ὡς μία χολοκυστίτις, μία φλεγμονὴ τοῦ δεξιοῦ κόλου, μία λιθίασις τοῦ δεξιοῦ νεφροῦ. Καὶ ἄλλα πάσχοντα ὄργανα, μακρὰν τοῦ στομάχου κείμενα, ὅπως ἡ μήτρα, αἱ

ώσθηκαι, ή σκωληκοειδής απόφυσις, προκαλοῦν ώσαύτως άντανακλαστικώς τοιοῦτον σπασμόν.

Ὁ οὕτω πως καί έκ διαφόρων αἰτίων προκληθείς σπασμός εἶναι ἐφήμερος, ἀλλά καί διαρκείας, δίδων τήν εἰκόνα πυλωρικῆς στενώσεως, διά τήν ὁποίαν ἄρρωστοί τινες ἐχειρουργήθησαν καί εὐρέθησαν πάσχοντες οὐχί έκ νόσου τοῦ στομάχου, ἀλλά έκ χολολιθιάσεως ἢ χρονίας σκωληκοειδίτιδος κ.λ.π.

Παρουσία ἐπομένως ἑνός συνδρόμου πυλωρικῆς στενώσεως, ἐκσεσημασμένης ἢ ὄχι, ὀφείλομεν ν' ἀποκλείσωμεν προηγουμένως τήν πιθανότητα τῆς σπαστικῆς αἰτιολογίας τῆς. Ἡ ἐξέτασις θά ἐπαναληφθῆ εἴτε κατόπιν μιᾶς ἀντιφλεγμονώδους εἴτε ἀντισπασμωδικῆς θεραπείας, κυρίως ὁμως κατόπιν τῆς ἐφαρμογῆς τῆς φαρμακοακτινοδιαγνωστικῆς μεθόδου, διά τῆς μορφίνης ἰδίως, ἥτις μέθοδος θ' ἀποκαλύψῃ τὸ πραγματικόν αἷτιον, λειτουργικόν ἢ ὀργανικόν, τῆς στενώσεως ταύτης. Χάρις εἰς τήν τοιαύτην ἀγωγήν θά ἴδωμεν μίαν μεγάλην, ἀκτινολογικῶς, στένωσιν νά ἐξαφανίζεται ταχύτατα καί τὸν στόμαχον νά ἐπανακτᾷ τὸ φυσιολογικόν του σχῆμα.

γ') Ὑπερτροφική στένωσις. Εἰς τήν στένωσιν ταύτην θά διακρίνωμεν τήν εἰς τὸ βρέφος παρατηρουμένην, ἥτις εἶναι καί συγγενῆς, καί τήν εἰδικήν μορφήν τοῦ ἐνηλίκου, τήν ὀφειλομένην εἰς πολλαπλᾶ αἷτια.

1) Ὑπερτροφική στένωσις τοῦ ἐνηλίκου. Ἡ συγγενῆς στένωσις τοῦ πυλωροῦ εἰς τὸν ἐνήλικα, ἢ ὀφειλομένη εἰς μίαν ἰνώδη ἐπεξεργασίαν, εἶναι σπανία. Παρατηρεῖται κυρίως εἰς τὸν ἄνδρα, μέσης ἡλικίας, καί κατὰ πᾶσαν πιθανότητα ἀποτελεῖ συνέχειαν τῆς κατὰ τήν βρεφικὴν ἡλικίαν παρατηρουμένης τοιαύτης.

Ἡ ὑπερτροφία αὕτη τοῦ πυλωροῦ ὀφείλεται εἰς αὐξησιν τῶν μυϊκῶν ἰνῶν ἐν συνδυασμῷ μετὰ ἐκσεσημασμένης ὑπερτροφίας τοῦ ὑποβλεννογονίου χιτῶνος. Συνήθως δὲν παρατηρεῖται φλεγμονή τῶν ἄλλων χιτῶνων τοῦ στομάχου. Εἰς τινὰς περιπτώσεις παρατηρεῖται ὑπερτροφία τύπου μυωματώδους ἢ ἱστολογικῶς ἀνευρίσκονται ἀδενομώματα. Εἰς τὰς γνησίας μορφάς ὑπερτροφικῆς στενώσεως τοῦ πυλωροῦ, ἄνευ συνυπάρξεως ἄλλης νόσου, ὑποστηρίζεται ὅτι δυνατόν αὐταὶ νά εἶναι τὸ ἀποτέλεσμα διαταραχῆς τοῦ αὐτονόμου νευρικοῦ συστήματος, δεδομένου ὅτι καί ὁ πυλωρόσπασμος δυνατόν νά προκληθῆ ἀπὸ διάφορα ἐξωγαστρικά ἐρεθίσματα καί ὅτι ἐρεθισμός τῶν πνευμονογαστρικῶν ἐρεθίζει τὸν πυλωρικόν σφιγκτήρα.

Κλινικῶς τὰ συμπτώματα εἶναι ἀβλήχρᾶ καί σπανίως ἔχομεν τήν εἰκόνα τῆς τελείας στενώσεως. Ἐνίοτε τὰ συμπτώματα ταῦτα

ὡς καὶ οἱ περιοδικοὶ ἔμετοι ἀναφέρονται ἀπὸ τῆς παιδικῆς ἡλικίας. "Ἄλλοτε πάλιν ἀναφέρεται μακρὸν ἱστορικὸν διαφόρων ἐνοχλημάτων μὲ ἔναρξιν τῶν πυλωρικῶν φαινομένων κατὰ τὴν μέσῃν ἡλικίαν. "Ἄλλοτε πάλιν τὸ ἱστορικὸν εἶναι πρόσφατον, παρὰ τὴν ἡλικίαν τοῦ ἀρρώστου, καὶ ὁμοιάζει κάπως μὲ τὸ τοῦ ἔλκουσ. Ἡ διάγνωσις θὰ γίνῃ κυρίως χάρις εἰς τὴν ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν, τὰ εὐρήματα ὁμῶς τῆς ὁποίας θὰ ἐκθέσωμεν εἰς τὸ τέλος τοῦ κεφαλαίου, διότι εἶναι σχεδὸν πανομοιότυπα εἰς ὅλας τὰς μορφὰς τῆς ὑπερτροφικῆς στενώσεως τοῦ πυλωροῦ.

Ὡς ἄλλα αἷτια τῆς τοιαύτης στενώσεως ἀναφέρονται φλεγμονὴ τοῦ πυλωροῦ, γαστρίτις δυναμένη νὰ προκαλέσῃ οὐλώδη στένωσιν, ἐπανειλημμένοι ἐρεθισμοὶ τοῦ πυλωροῦ κ.ο.

Προσφάτως ἢ προσοχῇ ἐστράφη ἐκ νέου πρὸς μίαν ἰδιάζουσαν παθολογοανατομικὴν ἀλλοίωσιν τοῦ στομάχου, ἣτις, ἂν καὶ ἔχη περιγραφῇ ἀπὸ πολλῶν ἐτῶν, ἐξακολουθεῖ μολταυτα νὰ δημιουργῇ σύγχυσις, ἐκλαμβανομένη συνήθως ὡς κακοήθης νεοπλασματικὴ ἐπεξεργασία. Πρόκειται περὶ μιᾶς εἰδικῆς καὶ περιέργου μορφῆς στενώσεως τοῦ πυλωροῦ εἰς τὸν ἐνήλικα, ἐντετοπισμένης παρὰ τὴν πυλωρικὴν χώραν, ἣτις χρονολογικῶς ἔχει γνωρίσει πολλὰς περιγραφάς.

Περιεγράφη τὸ 1854 ἀπὸ τοὺς Andral καὶ Brinlon ὡς «καλοήθης μορφὴ πλαστικῆς λινίτιδος», ἀπὸ ἄλλους ὡς «μυωματώδης ὑπερπλασία τοῦ πυλωροῦ», ὡς «στενωτικὴ ὑπερτροφία τοῦ πυλωροῦ», τὸ δὲ 1914 ὁ Hariman τὴν ἀπεκάλεσεν «ὑπερτροφικὴν στένωσιν τοῦ πυλωροῦ». Ἱστορικῶς ὁμῶς ἀπὸ τοῦ 1830 ἤδη ὁ Cruveilhier τὴν εἶχε περιγράψει, τονίζων τὴν ἰδιάζουσαν ἐντόπισίν της παρὰ τὴν πυλωρικὴν χώραν.

Ἴνα ἀποφευχθῇ ἡ σύγχυσις τὴν ὁποίαν δημιουργεῖ ὁ ὄρος «πλαστικὴ λινίτις», δεδομένου ὅτι ἔχει ἐπικρατήσῃ νὰ ὑποδηλοῖ οὗτος τὴν κακοήθην νεοπλασίαν, ἐπροτάθη ἀπὸ τὸν Guy Albot, ὅστις καὶ ἐμελέτησεν ἐκ νέου τὴν ἀλλοίωσιν ταύτην, ὁ ὄρος «ἰνομυωματώδης ἀτρησία τοῦ προπυλωρικοῦ ἄντρου» (*atrésie fibro-musculaire de l'antre pylorique*). Εἰς τὴν Ἑλληνικὴν, καὶ εἰς ἀνακοίνωσιν μας μετὰ τοῦ Καθηγητοῦ κ. Ν. Χρηστεᾶ γενομένην ἐν τῇ Ἱατρικῇ Ἐταιρείᾳ Ἀθηνῶν ἐπὶ τῇ εὐκαιρίᾳ χειρουργηθέντων διὰ τὴν ὡς ἄνω κατάστασιν ἀρρώστων μας, ἐπροτιμήσαμεν τὸν ὄρον «ἐντετοπισμένη καλοήθης πλαστικὴ λινίτις τοῦ προπυλωρικοῦ ἄντρου», ἐφ' ὅσον ὁ ὄρος «ἀτρησία» ἐρμηνεύει, ὡς γνωστόν, ἄλλην κατάστασιν. Εὐνόητον εἶναι ὅτι εἰς τὴν κατηγορίαν ταύτην τῆς πλαστικῆς λινίτιδος περιλαμβάνονται μόνον αἱ παρὰ τὴν πυλωρικὴν χώραν ἐντετοπισμέναι μὴ νεοπλασματικαὶ πλαστικαὶ

λινίτιδες. Ἐπί πλέον ὁ Αἷβοι, κατόπιν λεπτομερῶν ἀνατομικῶν μελετῶν, συμπεριλαμβάνει εἰς τὸ αὐτὸ πλαίσιον τὰς ἐπικτήτους μυϊκὰς ὑπερπλασίας τοῦ πυλωροῦ εἰς τὸν ἐνήλικα, ἀποκλείων τὰς γνησίας μυϊκὰς ὑπερτροφίας τὰς ἐκδηλουμένας εἰς τοῦτον. Ὁ αὐτὸς συγγραφεὺς τονίζει τὴν ἰδίαν ἀκτινολογικὴν καὶ παθολογοανατομικὴν εἰκόνα τῆς ἀλλοιώσεως ταύτης. Ἀπὸ ἱστολογικῆς ἀπόψεως τὰ εὐρήματα περιληπτικῶς εἶναι τὰ ἑξῆς: σκλήρυνσις, μυϊκὴ καὶ βλεννογόνιος ὑπερπλασία εἰς διάφορα στάδια ἐξελιξεως καὶ ἐν σχέσει μὲ διάχυτον ἀτροφο - ὑπερτροφικὴν γαστρίτιδα ὀλοκλήρου τοῦ προπυλωρικοῦ ἄντρου, ἧτις καὶ ἀποτελεῖ τὴν χαρακτηριστικὴν ἀλλοίωσιν.

Διακρίνει ἐπίσης δύο μορφάς: τὴν ἐπιπλέκουσαν τὰ ἔλκη τοῦ ἐλάσσονος τόξου τοῦ στομάχου καὶ τὴν μεμονωμένην, ἄνευ ἔλκους, καὶ ἧτις ἐμφανίζεται ὡς πρωτοπαθῆς ἀλλοίωσις. Σχηματικῶς καὶ ἀπὸ παθολογοανατομικῆς ἀπόψεως δυνάμεθα νὰ περιγράψωμεν μορφάς καθ' ἃς ἐπικρατεῖ τὸ Ἰνώδες στοιχεῖον καὶ μορφάς καθ' ἃς ἐπικρατεῖ τὸ μυϊκόν. Ἐν τῇ πραγματικότητι ὁμοῦ καὶ ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον πρόκειται περὶ μικτῶν ἀλλοιώσεων, ἧτοι παρατηρεῖται συνδυασμὸς Ἰνώδους ἐπεξεργασίας καὶ ὑπερπλασίας τῆς μυϊκῆς στιβάδος.

Εἰς τὰς ἀμιγεῖς μορφάς, ἡ Ἰνώδης τοιαύτη χαρακτηρίζεται ἀπὸ ἀτροφο—ὑπερτροφικὴν γαστρίτιδα, μὲ διάχυτον ὑποβλεννογόνιον σκλήρυνσιν ὡς καὶ τῶν ἄλλων γαστρικῶν τοιχωμάτων, μὲ ἐλαχίστην μυϊκὴν ὑπερπλασίαν.

Ἡ ἀμιγῆς μυϊκὴ μορφή χαρακτηρίζεται ἀπὸ διαχύτους καὶ σημαντικὰς ἀλλοιώσεις τοῦ βλεννογόνου τοῦ πυλωροῦ καὶ τοῦ πυλωρικοῦ ἄντρου. Ὁ ὑποβλεννογόνιος μυϊκὸς χιτῶν παρουσιάζει σαφῆ ὑπερπλασίαν ὡς καὶ ὁ μυϊκὸς σφιγκτήρ, ὅστις δίδει τὴν ἐντύπωσιν μυωματώδους ὑπερπλασίας, ψηλαφητῆς κατὰ τὴν χειρουργικὴν ἐπέμβασιν.

Ἡ ἰδιοπαθῆς αὕτη μορφή τῆς Ἰνομυωματώδους ἀτρησίας τοῦ ἄντρου, περισσότερον σπανία ἀπὸ τὴν εἰς ἔλκος ὀφειλομένην, εἶναι ἡ τοιχωματικὴ μορφή τῆς χρονίας γαστρίτιδος, ἧτις καὶ δημιουργεῖ διαγνωστικὰ προβλήματα μὲ τὸν καρκίνον.

Εἰς τὴν ἄνευ ἔλκους μορφήν ταύτην ἀντιτίθεται ἡ παραμόρφωσις ἢ ὀφειλομένη εἰς ἔλκος, καὶ ἰδίως τῆς γωνίας τοῦ ἐλάσσονος τόξου τοῦ στομάχου. Τὸ ἔλκος τοῦτο συνοδεύεται συχνὰ ἀπὸ μίαν δευτεροπαθῆ φλεγμονὴν τοῦ πυλωρικοῦ ἄντρου, εἰς τὴν ὁποίαν ὀφείλεται καὶ ἡ ὑπερτροφία τοῦ πυλωροῦ λόγῳ ἐπουλώσεως τῆς γαστρίτιδος. Οὕτω συγγραφεῖς τινες ὑποστηρίζουν, ὅτι αἱ ὑπερτροφικαὶ στενώσεις τοῦ πυλωροῦ εἰς τὸν ἐνήλικα ὀφείλονται σχεδὸν πάντοτε εἰς τὴν λόγῳ τοῦ ἔλκους δευτεροπαθῆ φλεγμονὴν τοῦ ἄντρου. Εἶναι

ὅμως ἀναμφισβήτητον, ὅτι πολλαὶ περιπτώσεις καλοήθους ἐντετοπισμένης πλαστικής λινίτιδος οὐδέποτε συνωδεύοντο ὑπὸ ἔλκους.

Ἡ ἐντετοπισμένη αὕτη ἀλλοίωσις εἶχε κατὰ τὸ μᾶλλον ἢ ἦττον μελετηθῆ παθολογοανατομικῶς. Ἄγνωστος ἦτο μέχρι πρό τινων ἐτῶν ἡ ἀκτινολογικὴ τῆς εἰκῶν, ἐξ οὗ καὶ ἡ σύγχυσις μετὰ τὴν κακοήθη νεοπλασματικὴν ἐπεξεργασίαν τοῦ προπυλωρικοῦ ἄντρου. Μέχρι τοῦδε ἦτο γνωστὴ μόνον ἡ τελικὴ ἀνατομικὴ ἐξέλιξις τῆς νόσου ταύτης, ἦτοι ἡ στένωσις τοῦ πυλωροῦ. Σήμερον, χάρις εἰς τὴν ἀκτινολογίαν, δυνάμεθα νὰ διαχωρίσωμεν τὰς ἰδιαζούσης φύσεως στενώσεις ταύτας τοῦ πυλωρικοῦ ἄντρου εἰς δύο μορφάς :

α) τὸν «πυλωρὸν ἐντὸς παρενθέσεων»,

β) τὸ «πυλωρικὸν ἄντρον ἐν εἴδει δακτύλου χειροκτίου».

Ἡ πρώτη μορφή (βλ. ἀκτινογραφίας) ἔχει περιγραφῆ ἀκτινολογικῶς ἀπὸ τοὺς Kirklīn καὶ Harris, ἀπὸ τοὺς Klose καὶ Bernstein κ.λ.π., ὡς ἐρμηνεύουσα μίαν συγγενῆ ἢ μὴ ὑπερτροφικὴν στένωσιν τοῦ πυλωροῦ. Χαρακτηρίζεται ἐκ τῶν ἐξῆς σημείων : Ὁ πυλωρικὸς ἰσθμὸς ἐμφανίζεται μετὰ ἐστενωμένην διάμετρον, ἐπιμεμηκυσμένος μέχρι 2—3 ἐκ., κατὰ τὸ μᾶλλον ἢ ἦττον εὐθύς, ἐνίοτε ἀνώμαλος, συχνὰ δὲ κεκαμμένος. Ἡ βᾶσις τοῦ βολβοῦ τοῦ δωδεκαδακτύλου εἶναι κοίλη, ὡς ἐπίσης τὸ σημεῖον ἐνώσεως τοῦ ὕγιου πυλωρικοῦ ἄντρου μετὰ τοῦ προσβεβλημένου πυλωροῦ, κατ' ἀντίθετον διεύθυνσιν. Τοιοῦτοτρόπως τὸ ἐστενωμένον τμήμα ἀναπαριστᾷ μίαν γραμμὴν, ἥτις ἐνώνει τὰς δύο τοιαύτας παρενθέσεις. Εἰς τὰς ἀκτινογραφίας διακρίνεται ἐπίσης ἡ λεγομένη μικρὰ ἄκανθα τῶν Cribble καὶ Wansley, ἥτις σημεῖοι τὰ ὄρια μεταξὺ πυλωροῦ καὶ προπυλωρικῆς μυϊκῆς ὑπερπλασίας, ὑπογράφουσα οὕτως εἰπεῖν τὴν καλοήθη φύσιν τῆς ἀλλοιώσεως ταύτης. Ἡ ἄκανθα αὕτη παρατηρεῖται ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ἐπὶ τοῦ μείζονος τόξου τοῦ στομάχου.

Ἰστολογικῶς. Ἡ μορφή αὕτη χαρακτηρίζεται ἀπὸ σημαντικὴν ὑπερπλασίαν τῆς μυϊκῆς στιβάδος, ἥτις περιγράφει ἐν μυϊκὸν ὄζιδιον τὸ ὁποῖον ἐξέχει ὑπὸ τὸν βλεννογόνον, εὐκόλως διαπιστούμενον ἐπὶ τοῦ χειρουργικοῦ παρασκευάσματος.

Ἡ δευτέρα μορφή, τὸ «πυλωρικὸν ἄντρον ἐν εἴδει δακτύλου χειροκτίου», ἀπὸ ἀκτινολογικῆς ἀπόψεως περιγράφη τὸ πρῶτον ἀπὸ τὸν Guy Albot. Ὡς γνωστόν, εἰς τὸν ὕγιᾶ στόμαχον ἡ τελικὴ μοῖρα τοῦ πυλωρικοῦ ἄντρου στρέφεται ἐξ ἀριστερῶν πρὸς τὰ δεξιὰ καὶ ἐκ τῶν κάτω πρὸς τὰ ἄνω. Εἰς τὴν ἀλλοίωσιν ταύτην ἀλλάσσει κατεύθυνσιν στρεφομένη πρὸς τὰ κάτω καὶ δεξιὰ. Τὸ πυλωρικὸν ἄντρον δὲν προσλαμβάνει τὸ κλασσικὸν σχῆμα «κῶνου σακχάρους», τὸ

όποιον έρμηνεύει συνήθως κακοήθη νεοπλασίαν, αλλά ή μοίρα αυτή είναι όμοιομόρφως έστενωμένη, με τόξα παράλληλα «έν είδει δακτύλου χειροκτίου» επί μήκους 2—5 εκ. Παρατηρείται σχετική μείωσις τής έλαστικότητας, ούχι όμως και πλήρης άκαμψία. Ή φαρμακοακτινοδιαγνωστική μέθοδος έπιτρέπει καλύτεραν πλήρωσιν του άντρου και έπιβεβαιού την άπώλειαν τής έλαστικότητας, δηλαδή την όργανικήν και ούχι λειτουργικήν φύσιν τής παραμορφώσεως. Ένίοτε τά χείλη τής παραμορφώσεως ταύτης είναι άνώμαλα και δυνατόν νά παρατηρηθούν ύποπτοι μικραί έλλείψεις, όφειλόμεναι εις την υπερπλασίαν του πυλωρικού μυός, όστις δέν είναι σαφώς κυκλοτερής αλλά διαγράφει έξοχάς υπό τόν βλεννογόνον. Μεταξύ του προπυλωρικού τούτου τμήματος και του ύγιους στομάχου ό διαχωρισμός είναι σαφής. Ο στόμαχος είναι εύκαμπτος με σαφείς περισταλτικάς κινήσεις και με μείζον τόξον μετακινούμενον, «ώθούμενον» ούτως είπειν, προς τά δεξιά, χαρακτηριστικόν άκτινολογικόν σημεϊον δυσχερείας περί την κένωσιν του στομάχου.

Ή παραμόρφωσις αυτή του πυλωρικού άντρου, όπως είδομεν, συνοδεύεται συχνότατα από έλκος του έλάσσονος τόξου του στομάχου, είτε μακράν είτε πλησίον του πυλωρού εύρισκόμενον. Όσον άφορᾷ τάς σχέσεις μεταξύ τής παραμορφώσεως ταύτης και του έλκους, αί γνώμαι διίστανται. Δι' άλλους, ίδίως διά τόν Guimann, κατά την διαδρομήν ενός έλκους του έλάσσονος τόξου παρατηρούνται φαινόμενα έντόνου φλεγμονής του πυλωρικού άντρου. Έπί πλέον παρατηρείται και έλξις του έλάσσονος τόξου έν συνδυασμῶ μετά μετακινήσεως του πυλωρού προς τά άριστερά. Κατά τόν Albot όμως, πρόκειται περί δύο διαφορετικού μηχανισμού έπιπλοκῶν του έλκους. Και ανατομικῶς, αλλά και από άκτινολογικής έξελίξεως, ή βράχυνσις του έλάσσονος τόξου έμφανίζεται μάλλον ως «περιστικῆ» βλάβη του έλκους. Δηλαδή, όταν τό έλκος αυτό τείνη προς την έπούλωσιν, έλκει προς έαυτό τό έλασσον τόξον λόγω ούλώδους, Ινώδους έπεξεργασίας τῶν τοιχωμάτων με κέντρον τό έλκος. Αντιθέτως, εις την καλοήθη πλαστικήν λινίτιδα, ή τοιχωματική σκλήρυνσις είναι άνεξάρτητος του έλκους και εύρίσκεται σχετικῶς μακράν αυτού. Ή παραμόρφωσις αυτή όφείλεται εις γαστρίτιδα, ήτις έπιπλέκει τό έλκος.

Αί ως άνω περιγραφείσαι δύο μορφαί συνυπάρχουν και κλινικῶς και παθολογοανατομικῶς. Έάν κλασικῶς διακρίνουν άφ' ενός τάς άμιγείς μυϊκάς υπερτροφίας, πολύ σπανίας, την υπερτροφικήν σκλήρυνσιν του πυλωρού άφ' έτέρου, αί παθολογοανατομικάί έξετάσεις άποδεικνύουν, ότι είναι δυνατόν νά παρατηρηθούν δλαι αί

μεταβατικά καταστάσεις μεταξύ των δύο τούτων μορφών και ότι όλα αυτά αι αλλοιώσεις καταλήγουν εις μίαν κοινήν βλάβην, τήν άτροφο — υπερτροφικήν γαστρίτιδα του πυλωρικού άντρου. Το σταθερόν εύρημα εις τας περιπτώσεις αυτές είναι ή διάχυτος έκσεσημασμένη άτροφική γαστρίτις όλοκλήρου του προπυλωρικού άντρου, ήτις κατά πάσαν πιθανότητα και άποτελει τό κοινόν αίτιον των δύο αύτων μορφών.

Δυνάμεθα έπομένως νά συμπεράνωμεν, ότι ή καλοήθης πλαστική λινίτις του άντρου είναι μία τοιχωματική γαστρίτις με άλλοτε προεξάρχοντα στοιχεΐα τήν ίνώδη υπερπλασίαν και τήν συστολήν, και άλλοτε τήν μυϊκήν υπερπλασίαν. Η τελευταία αύτη δυνατόν νά προσβάλη έπίσης τόν σφιγκτήρα του πυλωρού ως και τήν ύποβλεννογόνιον μυϊκήν στιβάδα ή και τά δύο.

Κλινικώς, όταν ή στένωσις αύτη συνοδεύεται και από έλκος, προσλαμβάνει φυσικά και τήν ανάλογον συμπτωματολογία. Κατά τας περιόδους ήρεμίας τά μόνα παρατηρούμενα συμπτώματα είναι τά όφειλόμενα εις τήν δυσχερή κένωσιν του στομάχου. Εις ήμετέρας περιπτώσεις τό κύριον σύμπτωμα ήτο έν αίσθημα διατάσεως, πληρότητος, έπερχόμενον όλίγας ώρας μετά τό φαγητόν και τό όποϊον έξηφανίζετο άφοϋ έκενοϋτο τελείως ό στόμαχος. Εις άλλας περιπτώσεις οι έμετοι είτε σπανίζουν είτε είναι συχνοί. Δυνατόν νά παρατηρηθί ώσαύτως σημαντική και σταθερά άπίσχνανσις.

Η έξέλιξις της καλοήθους πλαστικής λινίτιδος του προπυλωρικού άντρου είναι βραδεία, επί όλόκληρα δε έτη τά ένοχλήματα άποδίδονται εις γαστρίτιδα, μέχρις ότου γίνη άκτινολογική εξέταση. Δυνατόν όμως ή εξέλιξις νά είναι ταχυτάτη, όποτε έκλαμβάνεται ως καρκίνος. Αλλά και μετά πάροδον πολλών έτών αύτη θά καταλήξη εις τελείαν άπόφραξιν του πυλωρού, όποτε θά έχωμεν τά κλασικά κλινικά και άκτινολογικά σημεΐα της στενώσεως.

Διά τήν διαφορικήν διάγνωσιν θά έχωμεν ύπ' όψιν, ότι εις περίπτωσιν καρκίνου άπουσιάζει ή άκανθα των Cribble και Wansley και ή κοίλη βάσις του βολβου του δωδεκαδακτύλου, ένϋ θά παρατηρηθί ή σταθερά άκαμψία και ή μη διάτασις του άντρου, άκόμη και κατόπιν ένέσεως μορφίνης. Μολαταϋτα και κατ' αύτην τήν χειρουργικήν έπέμβασιν, διά της άπλης ψηλαφήσεως είναι πολλάκις αδύνατον ν' άποφανθί τις περί της ίστολογικής ύφης της αλλοιώσεως ταύτης. Ο Bockus ως και άλλοι Αμερικανοί συγγραφείς αναφέρουν περιπτώσεις, καθ' ός οϋτε άκτινολογικώς οϋτε μακροσκοπικώς κατέ-

στη δυνατή ή διαφορική διάγνωση. Ἐνσφέρει ἐπίσης ὅτι καὶ κατόπιν ἱστολογικῆς ἐξετάσεως δὲν εἶναι εὐκόλος ὁ διαχωρισμὸς καὶ ὅτι εἰς μίαν περίπτωσιν τοῦ τὰ καρκινωματώδη κύτταρα δὲν ἀνευρέθησαν εἰ μὴ μετὰ τὴν 25ην τομὴν.

Ἡ ἐντετοπισμένη καλοήθης πλαστικὴ λινίτις δὲν ἐπηρεάζεται φαρμακευτικῶς ἀπὸ ἀπόψεως ἐξελίξεως, ἀκόμη καὶ ὅταν ἐπιτευχθῇ ἡ πλήρης ἐπούλωσις τοῦ ἔλκουσ, ὅταν τοῦτο συνυπάρχη. Οὔτε καὶ αὐτὴ ἡ γαστρο—έντερο—ἀναστόμωσις δὲν ἐμποδίζει τὴν ἐξέλιξιν πρὸς τὴν ὀργανικὴν στένωσιν τοῦ πυλωροῦ. Οὕτω, ἄρρωστος ὑποστάς ἀναστόμωσιν ὑπεβλήθη μετὰ 16 ὀλόκληρα ἔτη εἰς ὑφολικὴν γαστρεκτομὴν λόγῳ τῆς προοδευτικῶς ἐπελθούσης ὀργανικῆς στενώσεως.

Ἡμεῖς παρατηρήσαμεν περιπτώσεις καλοήθους πλαστικῆς λινίτιδος, μερικαὶ τῶν ὁποίων ὑπεβλήθησαν εἰς χειρουργικὴν ἐπέμβασιν καὶ καθ' ἃς ἡ ἱστολογικὴ ἐξέτασις ἐπεβεβαίωσε τὴν διάγνωσιν ταύτην, ἀποκλεισθέντος τοῦ καρκίνου. Παραθέτομεν τὰς ἀκτινογραφίας μερικῶν ἐξ αὐτῶν, εἰς τὰς ὁποίας διακρίνονται σαφῶς αἱ δύο μορφαί, «πυλωρὸς ἐντὸς παρενθέσεως» καὶ «πυλωρὸς ἐν εἴδει δακτύλου χειροκτίου».

2). Συγγενῆς ὑπερτροφικὴ στένωσις τοῦ βρέφους: Ἡ συγγενῆς στένωσις τοῦ πυλωροῦ, κλινικὴ καὶ παθολογοανατομικὴ ὄντοτης, χαρακτηριζομένη κυρίως ἀπὸ τὴν ἐμφάνισιν ἐμέτων κατὰ τὰς πρώτας ἐβδομάδας τῆς ζωῆς, φαίνεται ὅτι περιεγράφη τὸ πρῶτον τὸ 1733 ὑπὸ τοῦ Calder. Τὸ 1777 ὁ Armsirong περιέγραψε νεκροτομικὰ εὐρήματα εἰς βρέφη ἀποθανόντα ἐκ τῆς νόσου ταύτης. Αὕτη ὅμως περιεγράφη ὡς ἴδια ὄντοτης τὸ 1888 ὑπὸ τοῦ Hirschsprung.

Ἡ συχνότης τῆς κυμαίνεται ἀπὸ 0,3—0,5% ἐπὶ ὄλων τῶν βρεφῶν. Πλέον εὐπρόσβλητον εἶναι τὸ πρωτότοκον, ἰδίως τὸ ἄρρεν, τὸ τρεφόμενον διὰ μητρικοῦ γάλακτος, μὲ ἀναλογίαν φύλου 4: 1. Παρατηρεῖται ὅμως καὶ εἰς μέλη τῆς αὐτῆς οἰκογενείας, ὁ δὲ Rinvik ἀνεῦρε ποσοστὸν 54% εἰς τὸ πρῶτον τέκνον, 34%, εἰς τὸ δεύτερον 12% εἰς τὸ τρίτον. Κατὰ τὸν Sheldon, ἡ πυλωρικὴ στένωσις εἶναι διπλασία εἰς συχνότητα εἰς τὰ δίδυμα, ἀλλὰ δύναται νὰ ἐμφανισθῇ καὶ μόνον εἰς τὸ ἓν ἐκ τούτων. Ἐπὶ 436 περιπτώσεων πυλωρικῆς στενώσεως ὁ Ford ἀνεῦρε 12 ζεύγη διδύμων. Ἡ νόσος αὕτη εἶναι πλέον συχνὴ εἰς τὰς ἀγγλοσαξονικὰς χώρας.

Κλινικὴ εἰκόν: Τὰ πρῶτα κλινικὰ συμπτώματα ἐκδηλοῦνται τὴν 2αν ἕως 5ην ἐβδομάδα ἀπὸ τῆς γεννήσεως, ἀλλὰ δυνατὸν νὰ ἐπιβραδυνθοῦν μέχρι καὶ τῆς 10ης ἐβδομάδος.

Τὸ κύριον σύμπτωμα εἶναι οἱ ἔμετοι, ἐμφανιζόμενοι ἀποτόμως, ἐν εἴδει πυραύλου. Οὗτοι οὐδέποτε περιέχουν χολήν, σημεῖον χαρακτηριστικὸν τῆς ἐντοπίσεως τῆς στενώσεως. Ἐνίοτε οἱ ἔμετοι δὲν ἐμφανίζονται εὐθὺς μετὰ τὸν θηλασμόν, ἀλλὰ ἀφοῦ πληρωθῆ τελείως ὁ στόμαχος, ὁπότε οὗτος θά κενωθῆ τελείως. Δὲν συνοδεύονται ἀπὸ ἐρυγὰς ἢ ναυτίαισιν καὶ τὸ βρέφος δύναται νὰ θηλάσῃ ἐκ νέου εὐθὺς μετὰ τὸν ἔμετον. Οἱ ἔμετοι οὗτοι δυνατόν νὰ εἶναι περιοδικοί, ὁπότε κατὰ τὸ μεσολαβοῦν αὐτὸ διάστημα ἡρεμίας ὁ στόμαχος κενοῦται φυσιολογικῶς.

Ταχύτατα ὅμως θά ἐπέλθῃ μεγάλη ἀπώλεια βάρους, ὥστε εἰς διάστημα μιᾶς ἕως δύο ἐβδομάδων νὰ φθάσῃ τὸ 1/4 τοῦ ἀρχικοῦ. Ἡ δυσκοιλιοτήτης εἶναι ἔντονος, τὰ οὖρα ἀρχίζουν νὰ σπανίζουν, ἐπέρχεται δὲ ἡ ἀφυδάτωσις με ὑποχλωρίαιμιαν καὶ ἀλκάλωσιν.

Κατὰ τὴν ἐξέτασιν θά παρατηρήσωμεν τὴν τάσιν τοῦ ἐπιγαστρίου, κυρίως ὅμως τὰς ἐξ ἀριστερῶν πρὸς τὰ δεξιὰ περισταλτικὰς κινήσεις, εἴτε αὐτομάτους εἴτε προκλητάς, κατόπιν μικρῶν πλῆξεων ἐπὶ τοῦ ἐπιγαστρίου. Συχνόν καὶ σπουδαῖον εὔρημα εἶναι ἡ ψηλάφησις δεξιὰ τῆς μέσης γραμμῆς καὶ παρὰ τὸ ἐπιγαστριον ἑνὸς ὄγκου. Οὗτος εἶναι μικρὸς, μεγέθους ἐλαίας ἢ φουντουκίου, λεῖος καὶ ὁμαλός. Παρατηρεῖται εἰς τὰ 3/4 τοῦλάχιστον τῶν περιπτώσεων καὶ καλύτερον ὅταν τὸ βρέφος κοιμᾶται ἢ ὅταν ὁ στόμαχος εἶναι κενός. Χαραριστικὸν σημεῖον εἶναι ὅτι ὁ ὄγκος οὗτος δὲν ψηλαφᾶται ὅταν χαλαροῦται ὁ πυλωρός.

Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις ἐπιβεβαιοῖ τὴν διάγνωσιν. Τὸ πλέον χαρακτηριστικὸν εὔρημα εἶναι ἡ καθυστέρησις τῆς ἐκκενώσεως τοῦ στομάχου καὶ ἡ κατακράτησις τοῦ βαριούχου πόλτου, ἐξαρτωμένη ἐκ τοῦ βαθμοῦ τῆς πυλωρικῆς στενώσεως. Παρατηρεῖται ὅτι καὶ μετὰ πάροδον 6, 24, ἀκόμη καὶ 48 ὥρων ὁ στόμαχος δὲν ἔχει κενωθῆ. Ἡ κατακράτησις αὕτη, κατὰ τὸν Strauss, δύναται νὰ χρησιμεύσῃ διὰ τὴν διάκρισιν μεταξὺ παθολογικῶν καὶ χειρουργικῶν περιπτώσεων. Οὕτω, ἐάν μετὰ πάροδον 4 ὥρων κατακρατοῦνται τὰ 80% τοῦ περιεχομένου, ἢ περίπτωσις δὲν ἴσται φαρμακευτικῶς καὶ ἐνδείκνυται ἡ χειρουργικὴ ἐπέμβασις.

Τὸ μέγεθος τοῦ στομάχου καὶ ἡ διάτασις τούτου ἐξαρτῶνται ἐκ τοῦ βαθμοῦ τῆς στενώσεως καὶ τῆς διαρκείας τῆς νόσου. Κατὰ τὴν πυλωρικὴν στένωσιν παρατηρεῖται πάντοτε διάτασις τοῦ στομάχου, σπανίως δὲ ὁ στόμαχος εἶναι μικροῦ μεγέθους. Ὅσον ἀφορᾷ τὸ σχῆμα του, τοῦτο εἶναι ἐνίοτε σφαιροειδές, συνήθως ὅμως φυσιολο-

γικόν. Αί περισταλτικαί κινήσεις εἶναι ἔντονοι καί βαθεῖαι, οὕτως ὥστε ὁ στόμαχος νά χωρίζεται εἰς πολλές μοίρας. Ἐπακολουθεῖ μία φάσις κοπώσεως, κατὰ τήν ὁποίαν παρατηρεῖται ὁ ἄτονος καί διατεταμένος στόμαχος. Ὁ πυλωρός ἐμφανίζεται ἐπιμεμηκυσμένος, 6—7 χιλ. ἀντί τοῦ φυσιολογικοῦ μήκους 1—2 χιλ. Συχνά προσλαμβάνει σχῆμα αἰχμῆς κατευθυνομένης πρὸς τὸν βολβόν, εἶναι δὲ λίαν ἐστενωμένος. Λόγῳ τῆς ἀνωμάλου ἐξ ἄλλου ἐκκενώσεως τοῦ στομάχου, ἡ πλήρωσις τοῦ λεπτοῦ ἐντέρου εἶναι διακεκομμένη καί ὡς ἐκ τούτου ἐμφανίζεται τοῦτο τεμαχισμένον.

Ἀπὸ ἀπόψεως διαφορικῆς διαγνωσεως πρέπει νά ἀποκλεισθῇ κυρίως ὁ πυλωρόσπασμος. Οὗτος ἐμφανίζεται ἀπὸ τὰς πρώτας ἡμέρας τῆς γεννήσεως τοῦ βρέφους, παρατηρεῖται ὅμως συνηθέστερον εἰς τὰ μεγαλύτερα παιδιά. Ὁ στόμαχος δὲν εἶναι πολὺ διατεταμένος καί συνήθως κενοῦται ἐντὸς τῶν πρώτων 4 ὥρων. Θά πρέπη ἐπίσης νά ἀποκλεισθῇ ἡ πιθανότης μιᾶς συγγενοῦς ἀτροφίας τοῦ δωδεκαδάκτυλου, ὁπότε ἡ ἀπόφραξις εἶναι πλήρης μὲ τελείαν ἀπουσίαν βαριούχου πόλτου καί ἀέρος ἐντὸς τοῦ ἐντέρου.

Αἰτιολογία καί παθογένεια: Εἰς ὄγκος μεγέθους ἐλαίας, ἔλλειπτικός, περισφιγγει ἐν εἴδει δακτυλίου τὸν πυλωρικὸν ἰσθμόν, μὲ ἀποτέλεσμα τὴν κατὰ τὸ μᾶλλον καί ἥττον ἐλάττωσιν τοῦ εὔρου τούτου. Ὁ ὄγκος οὗτος ὀφείλεται εἰς μίαν ἐκσεσημασμένην ὑπερτροφίαν τοῦ μυϊκοῦ χιτῶνος καί πάχυνσιν τοῦ πυλωρικοῦ ἰσθμοῦ. Προσβάλλεται ὡσαύτως καί ὁ ὑποβλενογόσιος χιτῶν, ὁ δὲ βλενογόσιος ἐμφανίζεται οἰδηματώδης. Ἡ ὑπερτροφία αὕτη διακόπτεται ἀποτόμως πρὸς τὸ δωδεκαδάκτυλον, ἐνῶ ἐπεκτείνεται πρὸς τὴν πλευράν τοῦ στομάχου, προοδευτικῶς ἐλαττουμένη πρὸς τὸ πυλωρικὸν ἄντρον. Κατὰ τὸν Palmer τὸ οἴδημα εἶναι ἐκεῖνο τὸ ὁποῖον δίδει εἰς τὸν ὄγκον τὰ αἰσθημα τοῦ χόνδρου κατὰ τὴν ψηλάφησιν.

Εἰς πολλές ὅμως περιπτώσεις ἡ ὀργανικὴ στένωσις δὲν εἶναι τόσο ἐκδηλος, ὥστε νά προκαλέσῃ καί τελείαν ἀπόφραξιν. Θά ὑπάρχῃ ἐπομένως ἐπὶ πλέον καί εἰς σπαστικὸς παράγων. Τὸ γεγονός τοῦτο ἐπιβεβαιοῦται ἐκ τῶν ἐξῆς διαπιστώσεων.

- α) Εἰς πολλές περιπτώσεις ἡ ἀτροπίνη δρᾷ εὐνοϊκῶς.
- β) Κατὰ τὴν νάρκωσιν ὁ ψηλαφητὸς ὄγκος ἐξαφανίζεται.
- γ) Ὑπάρχουν μεσοδιαστήματα ἡμερῶν καθ' ἃ ὁ μικρὸς ἄρρωστος δὲν ἔχει ἐμέτους.
- δ) Τὰ πρώτα ἐνοχλήματα ἐκδηλοῦνται συνήθως τὴν 2αν ἢ 3ην ἑβδομάδα ἀπὸ τῆς γεννήσεως.

Οὕτω διὰ τὸν Thomson ὁ σπασμὸς προϋπήρχε κατὰ τὴν ἐνδομήτριον ζωὴν καὶ ἡ μυϊκὴ ὑπερτροφία τοῦ πυλωροῦ ἐδημιουργήθη μεταγενεστέρως. Ἐπομένως ὁ πυλωρόσπασμος δέον νὰ θεωρηθῆ ὡς ὁ ἀνάλογος παρατηρούμενος καρδιόσπασμος, ὁ παίζων ρόλον εἰς τὴν παθογένειαν τοῦ μεγαοισοφάγου.

Εἶναι δύσκολον νὰ προσδιορισθῆ ἐπακριβῶς ὁ πρῶτος παράγων. Ἴσως μία ἀρρυθμία τῶν περισταλτικῶν κινήσεων τοῦ στομάχου νὰ ὀδηγῆ πρὸς διαταραχὴν τῆς λειτουργίας τοῦ σφιγκτήρος. Δὲν ἔχει ὅμως προσδιορισθῆ κατὰ πόσον εὐθύνονται οἱ νευρικοὶ ἢ οἱ μυϊκοὶ παράγοντες. Φαίνεται ὅτι ἕνας ἀνώμαλος τοπικὸς ἐρεθισμὸς τοῦ στομάχου τοῦ βρέφους, ὁ ὁποῖος προκαλεῖ σπασμὸν τοῦ πυλωροῦ, εἶναι καὶ ὁ πρωτοπαθὴς αἰτιολογικὸς παράγων ὁ ὀδηγῶν πρὸς μίαν δευτεροπαθῆ ὑπερτροφίαν τῶν κυκλοτερῶν μυϊκῶν ἴνων.

Ὅσον ἀφορᾷ αὐτὴν ταύτην τὴν αἰτίαν τῆς νόσου, κατὰ ὠρισμένους συγγραφεῖς αὕτη ὀφείλεται εἰς μικρὰς ἀλλοιώσεις τύπου σκληρύνσεως καὶ ἀτροφίας τῶν πλεγμάτων τοῦ Auerbach καὶ Meissner. Τὰς ἀλλοιώσεις ταύτας μερικοὶ συγγραφεῖς τὰς θεωροῦν ὡς ὀφειλομένας εἰς ἔλλειψιν βιταμίνης Β₁. Πράγματι, πειραματικῶς, εἰς νεαροὺς ποντικούς δυνάμεθα νὰ προκαλέσωμεν τὴν νόσον ταύτην διὰ τῆς χορηγήσεως διαίτης μετέλειαν ἔλλειψιν βιταμίνης Β₁. Προκαλοῦνται τοιοῦτοτρόπως τυπικαὶ ἀλλοιώσεις στενώσεως, συγχρόνως καὶ ἄλλα συμπτώματα ἀβιταμινώσεως—αἱμορραγία, πολυνευρίτις—τὰ ὁποῖα ὅμως οὐδέποτε παρατηροῦνται εἰς τὰ βρέφη.

Γ' ΑΙ ΓΑΣΤΡΟΡΡΑΓΙΑΙ

Υπό τὸν γενικὸν τίτλον «Γαστρορραγία» συμπεριλαμβάνομεν ὅλας τὰς ἐκ τοῦ στομάχου αἱμορραγίας, ἀνεξαρτήτως αἰτίου καὶ ἀνεξαρτήτως τοῦ τρόπου ἐκδηλώσεως τούτων εἴτε ὑπὸ μορφήν αἱματεμέσεως εἴτε ὑπὸ μορφήν μελαίνης.

Ι. ΑΙΜΑΤΕΜΕΣΕΙΣ

Ἡ διάγνωσις μιᾶς αἱματεμέσεως ἐνέχει ἐξαιρετικὴν σημασίαν, λόγῳ τῶν θεραπευτικῶν μέσων ἅτινα ἀπαιτεῖ. Μολταυτα, ἀπὸ πρακτικῆς ἀπόψεως, παραμένει ἀκόμη ἐν ἐκ τῶν δυσχερεστέρων προβλημάτων, εἰς τὸ ὁποῖον ὅμως δέον ἀπαραιτήτως νὰ δοθῇ μία λύσις.

Ἀπὸ κλινικῆς ἀπόψεως θὰ διακρίνωμεν εἰς μίαν αἱματέμεσιν τρεῖς μορφάς :

α) **Μεγάλη αἱματέμεσις.** Αὕτη εἶναι ἐνίοτε κεραυνοβόλος. Ταύτης ἔχουν ἐνίοτε προηγηθῆ ἐπώδυνα φαινόμενα, τὰ ὁποῖα, ὑποβοηθοῦν τὴν διάγνωσιν. Ἄρκετὰ συχνὰ ὅμως ἡ αἱμορραγία αὕτη ἀποτελεῖ τὴν πρώτην κλινικὴν ἐκδήλωσιν μιᾶς λανθανούσης παθολογικῆς καταστάσεως. Πρόκειται περὶ ἀποβολῆς διὰ τοῦ στόματος μεγίστης ποσότητος αἵματος. Ἡ ἀποβληθεῖσα ποσότης δέον νὰ προσδιορισθῇ ἐπακριβῶς κατὰ τὸ δυνατόν, διότι ἐκ τῆς ἐκτιμήσεως ταύτης θὰ ἐξαρτηθῇ καὶ ἡ θεραπευτικὴ ἀγωγή. Ἐάν βεβαίως ἔχωμεν παραστῆ, ἡ ἐκτίμησις εἶναι ἄρκετὰ εὐκολος, ἐνῶ ἀντιθέτως δὲν δυνάμεθα νὰ βασισθῶμεν εἰς τὰ λεγόμενα τοῦ ἀρρώστου ἢ τοῦ περιβάλλοντός του. Ὡς ἐκ τούτου διὰ τὴν ἐκτίμησιν τῆς σοβαρότητος θὰ βασισθῶμεν ἐπὶ ὠρισμένων κλινικῶν καὶ ἐργαστηριακῶν σημείων, τὰ ὁποῖα θὰ μᾶς χρησιμεύσουν ὡς κριτήρια καὶ μὲ τὰ ὁποῖα θ' ἀσχοληθῶμεν ἐκτενῶς περαιτέρω.

Ἡ μεγάλη αὕτη αἱματέμεσις χαρακτηρίζεται ἀπὸ τὴν ἀποβολὴν σημαντικῆς ποσότητος ἐρυθροῦ αἵματος, μετὰ ἢ ἄνευ πηγμάτων, ἐνίοτε μετὰ τροφῶν. Εἰς τινὰς κεραυνοβόλους περιπτώσεις ὁ θάνατος ἐπέρχεται ἀκαριαίως μὲ εἰκόνα ὀξείας ἀναιμίας καὶ πρὶν ἢ εἰσέτι ἐκδηλωθῇ ἡ αἱμορραγία.

Συνήθως ἡ ἄφθονος αὕτη αἱμορραγία συνοδεύεται καὶ ἀπὸ προσβολὴν τῆς γενικῆς καταστάσεως : ἐντονος ὠχρότης, ἱλιγγοί, ἐμβοαὶ ὧτων, λιποθυμία, μικρὸς καὶ ταχὺς σφυγμὸς, πτώσις τῆς ἀρτηριακῆς

πιέσεως, ψύξις τῶν ἄκρων. Ἡ ἐξέλιξις εἶναι ἀμφίβολος· καὶ ὑπὸ τὴν ἐπίδρασιν μὲν τῆς θεραπείας, καὶ ἰδίως τῶν μεταγγίσεων, ἀναστέλλεται, ἐπαναλαμβανομένη ὅμως ἢ αἰμορραγία μετὰ πάροδον ὀλίγων ὥρων, ἢ καὶ τὴν ἐπομένην, δύναται νὰ ἐπιφέρῃ τὸν θάνατον.

β) Αἱματέμεις μέσης ποσότητος. Εἶναι ἡ πλέον συχνὴ καὶ συνίσταται εἰς τὴν ἐφ' ἅπαξ ἢ κατὰ διαλείμματα ἀποβολὴν ποσότητος αἵματος, ὃ ἐπακριβῆς προσδιορισμὸς τῆς ὁποίας δὲν δύναται νὰ στηριχθῇ ἐπὶ τῆς ἐκτιμήσεως τοῦ πανικοβληθέντος ἀρρώστου. Κατὰ μέσον ὄρον ἢ ποσότης αὕτη κυμαίνεται περὶ τὰ 500 κ. ἐκ.

Τὰ συνοδεύοντα τὴν αἱματέμεισιν ταύτην κλινικὰ συμπτώματα εἶναι ἀνάλογα μὲ τὴν ἀπολεσθεῖσαν ποσότητα αἵματος καὶ ὡς ἐκ τούτου ἄλλοτε ἀπαιτεῖ τὴν ἐπέιγουσαν μετάγγισιν αἵματος καὶ ἄλλοτε ὄχι. Συνήθως δὲν ὑπάρχει ἄμεσος κίνδυνος διὰ τὴν ζωὴν τοῦ ἀρρώστου, ἐκτὸς ἐάν ἢ αἱματέμεις ἐπαναληφθῇ. Ἀρκετὰ συχνὰ ἢ ὑποτροπὴ αὕτη δυνατὸν νὰ ἐπέλθῃ πολλὰς ἡμέρας μετὰ τὴν πρώτῃν αἱματέμεισιν

γ) Μικρὰ ἢ μέλαινα αἱματέμεις. Πρόκειται περὶ ἐμέτων μικρᾶς ποσότητος αἵματος, ἔχοντος ὑποστῆ τὴν πέψιν, γνωστῶν ὡς «καφεοειδῶν ἐμέτων», οἵτινες ἀποδίδονται συνήθως εἰς καρκίνον τοῦ στομάχου. Ἡ ἐκδήλωσις τῶν δὲν ἔχει τὸν δραματικὸν χαρακτήρα τῶν προηγουμένων καὶ δὲν συνοδεύεται ἀπὸ ἀνησυχητικὰ κλινικὰ φαινόμενα. Δυνατὸν ὅμως νὰ παρατηρηθοῦν καὶ μεγάλης ποσότητος μέλαινα αἱματέμεις.

Ἡ ἐπανάληψις τῶν καφεοειδῶν ἐμέτων δύναται νὰ προκαλέσῃ ἀναιμίαν βαρείας μορφῆς. Αἱ μέλαινα αὗται αἱματέμεις ὀφείλονται οὐχὶ εἰς ἀπότομον πλήρωσιν τοῦ στομάχου διὰ μεγάλης ποσότητος αἵματος, ἥτις τὸν διαστέλλει καὶ προκαλεῖ τὸν ἔμετον, ἀλλὰ εἰς συνεχεῖς μικροσκοπικὰς αἰμορραγίας, εἰς μίαν οὕτως εἰπεῖν συνεχῆ ἐφίδρωσιν, τὸ δὲ ἐντὸς τοῦ στομάχου παραμένον αἷμα ἀλλοιοῦται λόγῳ τῶν ἐκεῖ ζυμώσεων.

II. ΜΕΛΑΙΝΑΙ

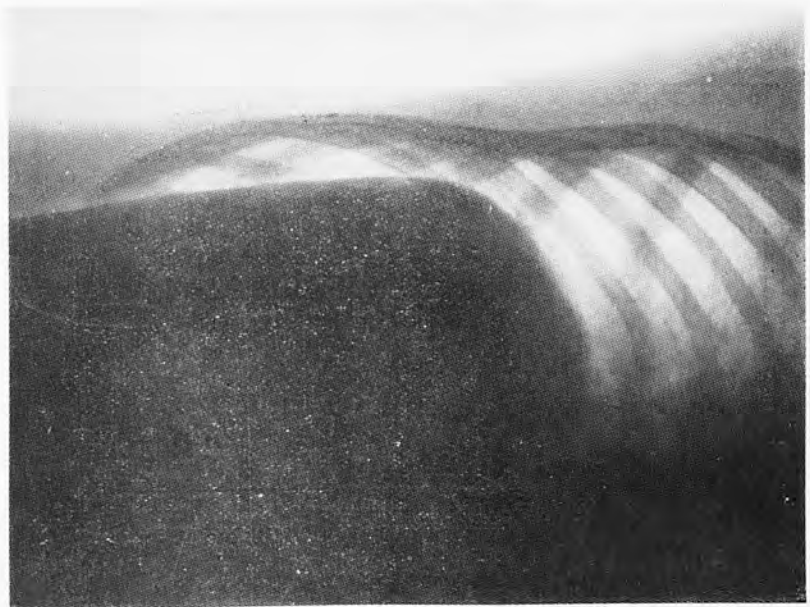
Εἰς τὸ κεφάλαιον τοῦτο θὰ συμπεριλάβωμεν μόνον τὰς γαστρικὰς αἰμορραγίας τὰς ἐκδηλουμένας διὰ μελαίνης. Θὰ διακρίνωμεν καὶ ἐδῶ τὰς τρεῖς μορφὰς ἀναλόγως τῆς ἀποβληθείσης ποσότητος αἵματος.

α) Μεγάλῃ μέλαινα. Ἡ ἐκδήλωσις τῆς εἶναι καὶ ἐδῶ δραματικὴ, θέτουσα εἰς ἄμεσον κίνδυνον τὴν ζωὴν τοῦ ἀρρώστου. Ὡς ἐκδή-

ΕΠΙΠΛΟΚΑΙ ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΩΝ ΕΛΚΩΝ
Α ΔΙΑΤΡΗΣΙΣ

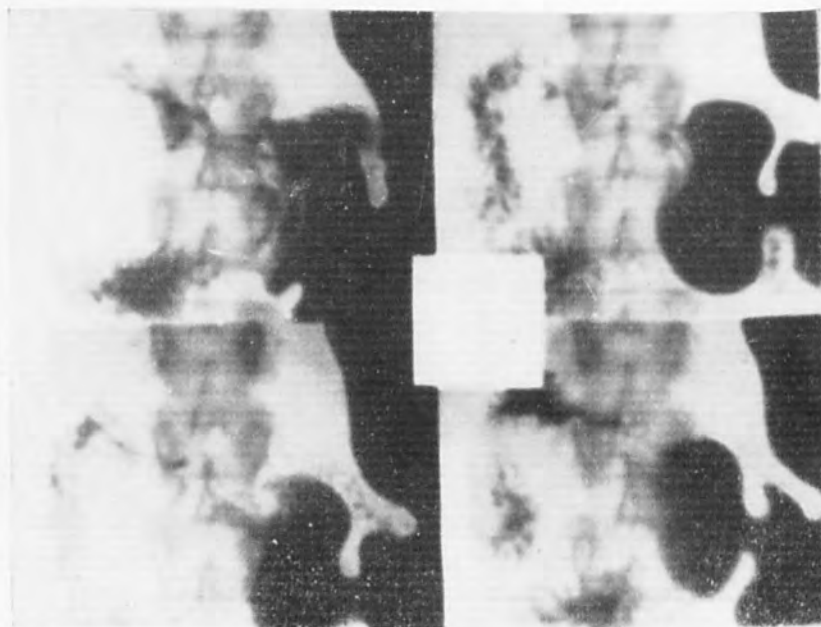


Εικών 1. Πνευμοπεριτόναιον λόγω διατρήσεως έξ έλκους. 'Ακτινογραφία κατά μέτωπον (βλ. σ. 144, σχ. 3).

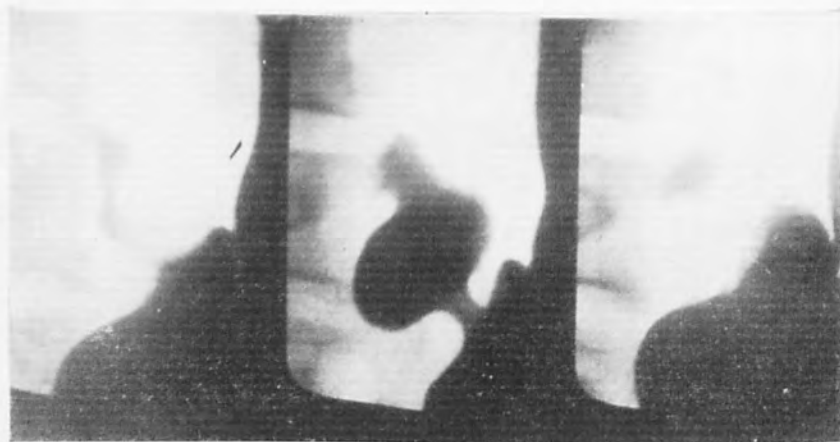


Εικών 2. Πνευμοπεριτόναιον. 'Ακτινογραφία εις θέσιν πλαγίαν άριστεράν (βλ. σ. 144, σχ. 4). (Κατά Mondor και Porcher).

Β' ΣΤΕΝΩΣΙΣ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ



Εικών 3. Άρχομένη στένωσις τοῦ πυλωροῦ λόγω ἔλκους τοῦ 12δακτύλου. Διακρίνονται τὰ περύγια τοῦ Schlesinger.



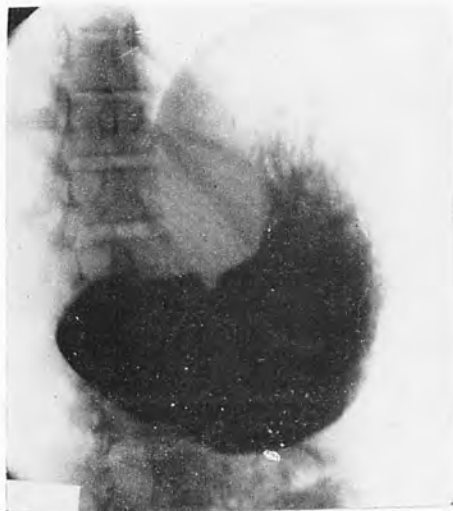
Εικών 4. Πλέον ἐκσεσημασμένη στένωσις. Ὡθησις τοῦ προπυλωρικοῦ ἄντρου πρὸς τὰ δεξιὰ μὲ διάτασιν πρὸς τὰ κάτω.



Εικών 5. Τελεία στένωσις του πλωροῦ. Λεκανοειδής στόμαχος.



Εικών 6. Στένωσις του πλωροῦ μετὰ διλόβου στομῆος. Συρρίκνωσις τῶν τοιχωμάτων ἐξ ἐγκαύματος λόγω κλίσεως καυστικῆς ὑγρῆς.



Εικών 7. Ὄργανική στένωσις του





Εικών 9. "Ελκος τοῦ πυλωροῦ. Μείζον τόξον μονίμως ἀνώμαλον. Ἐγχείρησις. Ὑπερτροφικὴ στένωσις τοῦ πυλωροῦ.



Εικών 10 Α. Προοδευτικὴ ἐξέλιξις πρὸς τὴν ὑπερτροφικὴν στένωσιν τοῦ πυλωροῦ. Ἀτελὴς ἔκπτυξις πυλωρικῆς μοίρας. Ἐλκος μείζονος τόξου (ἀκτινογραφία 6-4-51).



Εικών 10 Β. Ἐξασφάλισις τοῦ ἔλκους



Εικών 10 Γ. Ἐπιδείνωσις τῆς στενώσεως.
Ἐκκεντρος κατάληξις τοῦ πυλωροῦ εἰς
τὴν κοίλην βάσιν τοῦ βολβοῦ. (Ὁ αὐτὸς
ἄρρωστος. Ἀκτινογραφία Ἰουλίου 1951).



Εικών 10 Δ. «Πυλωρός ἐντὸς παρενθέσεων». Ἡ μία παρέν-
θεσις σχηματίζεται ἀπὸ τὴν κοίλην βάσιν τοῦ βολβοῦ, ἡ
ἐτέρα ἀπὸ τὸ ὑγιές τμήμα τοῦ στομάχου, ὅπερ «ὠθεῖται»
πρὸς τὰ δεξιὰ καὶ κάτω. Ἐπὶ τοῦ μείζονος τόξου τοῦ στο-
μάχου διακρίνεται ἡ ἄκανθα τῶν Crible καὶ Wansley.
(Ὁ αὐτὸς ἄρρωστος. Ἀκτινογραφία 16-8-51). Ἐγχειρήσις.



Εικών 11. "Ελκος μείζονος προπυλωρικού τόξου. Πυλωρός έν είδει «δακτύλου χειροκτίου».



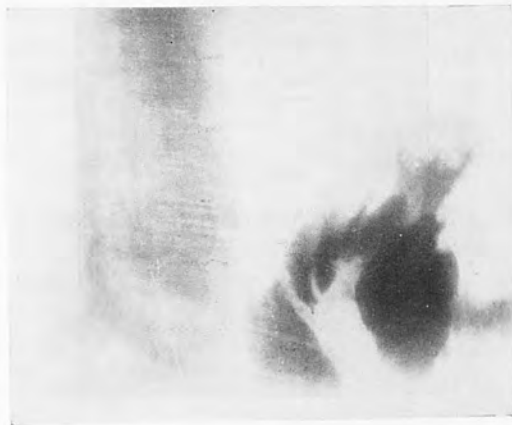
Εικών 12. Κατόπιν μορφίνης. Ούδεμία διάτασις τοῦ πυλωροῦ. Διάτασις Δ₂ καί Δ₃.



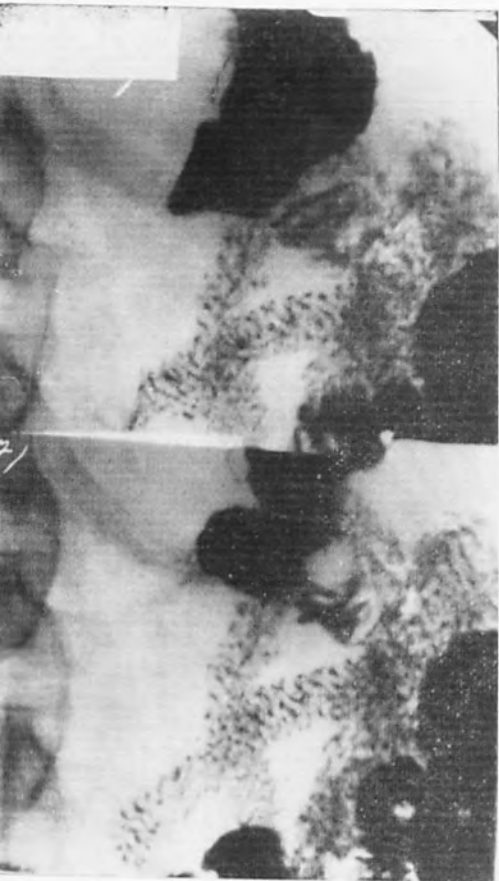
Εικών 13. Ὁ αὐτός ἄρρωστος. Ἄκαμψία παρά τόν πυλωρόν. "Υποπτος εἰκὼν τοῦ μείζονος τόξου. Ἐγχείρησις. Ἐντετοπισμένη καλοήθης πλαστική λινίτις τοῦ προπυλωρικού ἄντρου.



Εικόνα 1. Φωλεά της άπιούσης έλικος.



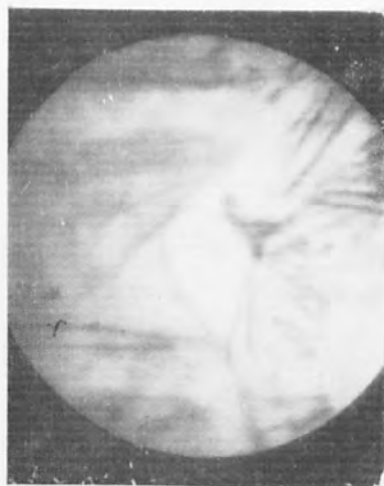
Εικόνα 2. Υποτροπιάζον γιγαντιαίον έλκος της νήστεως (κατόπιν 2ας γαστρεκτομής).
(βλ. σ. 266.)



Εικών 3. Φωλεά της άπιούσης έλκος με σύγκλιση των πτυχών.



Εικών 4. Ευμέγεθες έλκος, της άπιούσης.



Εικών 5. Πεπτικόν έλκος με σύγκλιση των πτυχών προς την φωλεάν. (Κλινική έκδήλωση: Έπαισιον ρυτίσεων)

λώσις γαστρικῶν παθήσεων εἶναι σπανία. Δυνατὸν νὰ παρατηρηθῆ εἰς τὰ ἔλκη τοῦ δωδεκαδακτύλου. Παρατηρεῖται συχνότερον εἰς τὰς κίρρωτικὰς καταστάσεις καὶ τὰς παθήσεις τοῦ σπληνός.

β) Μέλαινα μέσης ποσότητος. Εἶναι ἢ πλέον συχνή. Ἔχει τοὺς αὐτοὺς γενικοὺς χαρακτῆρας μὲ τὴν ἀνάλογον αἱματέμεσιν καὶ δὲν θέτει εἰς ἄμεσον κίνδυνον τὴν ζωὴν τοῦ ἀρρώστου, ἐκτὸς ἐὰν ἐπαναλαμβάνεται.

Τὸ ἀποβληθὲν διὰ τοῦ ἐντέρου αἷμα εἶναι χρώματος μαύρου, δύσοσμον, ἀναμειγμένον ἢ ὄχι μετὰ κοπράνων. Ἡ μέλαινα χρῶσις τῶν κοπράνων παρατηρεῖται ἐν συνεχείᾳ ἐπὶ 3 ἢ 4 εἰσέτι ἡμέρας. Συνήθως κατὰ τὰς ἡμέρας αὐτὰς παρατηρεῖται καὶ ἀνύψωσις τῆς θερμοκρασίας μέχρι 38,5°.

γ) Μικροσκοπικὴ μέλαινα. Εἶναι ἐξαιρετικῶς συχνή. Αὕτη ἀποκαλύπτεται μόνον χάρις εἰς τὴν χημικὴν ἢ μικροσκοπικὴν ἐξέτασιν τῶν κοπράνων. Ἔχει μεγίστην διαγνωστικὴν ἀξίαν, ἐὰν ἀνευρίσκειται εἰς ἐπανειλημμένας ἐξετάσεις. Πρὸς τοῦτο ὅμως δεόν νὰ ληφθοῦν ὠρισμένα προφυλακτικὰ μέτρα. 3 ἢ 4 ἡμέρας πρὸ τῆς ἐξετάσεως ὁ ἄρρωστος δὲν θὰ λάβῃ φάρμακα, ὅπως βισμούθιον, σίδηρον κ.λ.π., κρέας ἢ ἄλλα ζωϊκὰ λευκώματα, πράσινα χόρτα κ.λ.π. Ἡ δίαίτιά του θὰ περιορισθῆ εἰς τὴν λήψιν ὀρύζης, γεωμήλων, ζυμαρικῶν. Θὰ πρέπει ἐπίσης ν' ἀποκλεισθῆ μία τυχόν ρινορραγία, αἱμορραγίαι τῶν οὐλῶν, μία αἱμορραγικὴ κωλίτις ἢ ἄλλαι παθήσεις τοῦ παχέος ἐντέρου, ἐσωτερικαὶ αἱμορροῖδες κ.ο.κ.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΩΝ ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΟΡΡΑΓΙΑΣ

Τὰ συμπτώματα ἐξαρτῶνται ἐκ τῆς αἰτίας, ἐκ τῆς ποσότητος τοῦ ἀποβληθέντος αἵματος καὶ ἐκ τῆς ταχύτητος μεθ' ἧς τοῦτο ἀπεβλήθη. Ὅταν ἡ ποσότης τοῦ ἀπολεσθέντος αἵματος δὲν ὑπερβαίη τὰ 350 κ.έκ. δὲν προκαλεῖ συνήθως ἐκδηλὰ συμπτώματα, ἐφ' ὅσον δὲν λαμβάνουν χώραν φυσικοδυναμικαὶ ἀλλοιώσεις τοῦ ὀργανισμοῦ καὶ ἡ ἀπολεσθεῖσα μικρὰ ποσότης αἵματος ἀναπληροῦται ἀπὸ τοῦ συσταλέντος σπληνός.

Τὸ πρῶτον σύμπτωμα μιᾶς γαστρορραγίας εἶναι συνήθως ἡ ἐπιτακτικὴ ἀνόγκη ἀφοδεύσεως, τὴν ὁποῖαν αἰσθάνεται ὁ ἄρρωστος, συνοδευομένη ἀπὸ ἀδυναμίαν, ρίγη καὶ ἐλαφρὰν τάσιν πρὸς ἔμετον. Ἐν συνεχείᾳ ἐμφανίζεται ἡ αἱματέμεσις ἢ ἡ μέλαινα. Ἀρκετὰ συχνὰ τὰ φαινόμενα ταῦτα ἐκδηλοῦνται τὴν νύκτα, ὑποχρεοῦντα τὸν ἄρρωστον νὰ μεταβῆ εἰς τὸ λουτρόν, ὅπου κατὰ

τήν ἀφόδευσιν ἢ μετ' αὐτήν, ἢ καὶ κατὰ τὴν ἐπιστροφὴν του, καταλαμβάνεται ὑπὸ λιποθυμίας.

Ἐάν ἡ ποσότης τῆς αἱμορραγίας ὑπερβαίῃ τὰ 350 κ.έκ. ὁ ἄρρωστος ἐμφανίζει ὠχρότητα, ἡ δὲ ἀρτηριακὴ πίεσις δὲν ἔχει μὲν ἀκόμη κατέλθει, πλὴν ὅμως οὗτος ἐμφανίζει ἤδη μίαν ταχυσφυγμίαν.

Τὸ κύριον σύμπτωμα μιᾶς μεγάλης γαστρορραγίας εἶναι τὸ σπασμὸς, τὸ ὁποῖον ἐκδηλοῦται εἴτε εὐθὺς ἀμέσως μετὰ τὴν αἱμορραγίαν εἴτε μετὰ πάροδον ὀλίγων ὥρων, ὅποτε ὁ ὄγκος τοῦ αἵματος ἐλαττοῦται αἰφνιδίως χωρὶς καὶ νὰ συνεχίζεται ἡ αἱμορραγία. Τὸ σπασμὸς αὐτὸ συνοδεύουν πτώσις τῆς συστολικῆς πίεσεως κάτω τῶν 80 χιλ. καὶ σφυγμὸς ταχύς, μικρὸς, νηματοειδὴς ἢ καὶ πλήρης ἔλλειψις τούτου. Τὸ δέρμα, ἰδίως τῶν ἄκρων, εἶναι ψυχρόν. Ἡ ἀναπνοὴ εἶναι ταχεῖα, δυσχερὴς, ἐπιπολαία. Ὁ ἄρρωστος «διψᾷ δι' ἀέρα», ἡ κατάστασις αὕτη ἐπιδεινοῦται εἰς τὰς βαρείας περιπτώσεις, ἡ δὲ ἀναπνοὴ παύει πολλὰ λεπτά πρὶν ἢ παύσῃ νὰ πάλλῃ ἡ καρδία.

Κατὰ τὴν μεθαιμορραγικὴν περίοδον ἡ παρακολούθησις τοῦ ἀρρώστου δέον νὰ εἶναι συνεχῆς. Ἀπότομος πτώσις τῆς συστολικῆς ἀρτηριακῆς πίεσεως ἐρμηνεύει μίαν αἱμορραγίαν, ὡς καὶ ἡ ἐπιτάχυνσις καὶ ἀδυναμία τοῦ σφυγμοῦ, ἡ ὠχρότης καὶ ἡ ψῆξις τῶν ἄκρων.

Ὁ ἀριθμὸς τῶν ἐρυθρῶν αἱμοσφαιρίων ὡς καὶ ἡ αἱμοσφαιρίνη δὲν ἐλαττοῦνται φαινομενικῶς εὐθὺς μετὰ τὴν αἱμορραγίαν. Ὁ ἀνθρώπινος ὀργανισμὸς ὅμως, λίαν προβλεπτικὸς, φροντίζει ν' ἀντικαθιστᾷ τὸν ἐλαττωθέντα ὄγκον τοῦ αἵματος διὰ διοχετεύσεως τῶν διαφόρων ὕγρων τῶν ἰστών. Ἀφοῦ συντελεσθῇ τοῦτο διαπιστοῦται ἡ ἐλάττωσις τῶν ἐρυθρῶν αἱμοσφαιρίων καὶ τῆς αἱμοσφαιρίνης, ἥτις ἐλάττωσις θέλει μᾶς χρησιμεύσει ὡς δείκτης τῆς ἀπολεσθείσης ποσότητος αἵματος.

Ἡ αἱμορραγία γίνεται εἰς βάρος καὶ τοῦ πλάσματος καὶ τῶν ἐρυθρῶν αἱμοσφαιρίων. Ἡ ἀποκατάστασις τοῦ πλάσματος, ἐξαρτωμένη ἐκ τῆς δυνατότητος χρησιμοποίησεως τοῦ ὕδατος, τῶν ἠλεκτρολυτῶν καὶ τῶν λευκωμάτων τῶν ἰστών, δύναται νὰ συντελεσθῇ ἐντός ὀλίγων ὥρων.

Τὰ ἀπολεσθέντα ὅμως ἐρυθρὰ αἱμοσφαίρια δὲν δύνανται ν' ἀντικατασταθοῦν ταχέως, διότι ἡ ἀναγέννησις τῶν κυττάρων ἀπαιτεῖ χρονικὸν διάστημα ἑβδομάδων.

Ἡ σοβαρότης μιᾶς γαστρορραγίας δὲν ἐξαρτᾶται μόνον ἀπὸ τὴν ποσότητα τοῦ ἀπολεσθέντος αἵματος, ἀλλὰ καὶ ἀπὸ τὴν ταχύτητα μετ' ἧς τοῦτο ἀπωλέσθη. Μετὰ μίαν μεγάλην καὶ ταχέως ἐπεληθούσαν αἱμορραγίαν, ἡ ἀρτηριακὴ πίεσις πίπτει, τὰ δὲ ἐπακολουθοῦντα σύμπτωματα ὀφείλονται κυρίως εἰς ἀνοξαιμίαν. Ἡ ἄμεσος

πτώσεις τῆς ἀρτηριακῆς πίεσεως ὀφείλεται εἰς τὴν ἐλάττωσιν τοῦ ὄγκου τοῦ αἵματος, λόγῳ τῆς ὁποίας ἐλαττοῦται καὶ ἡ φλεβικὴ κυκλοφορία, μὲ ἀποτέλεσμα τὴν ἐλάττωσιν τῆς καρδιακῆς ἐργασίας ἀπὸ ἀπόψεως ἀποδόσεως. Τότε θὰ ἐμφανισθοῦν καὶ τὰ γενικὰ συμπτώματα τῆς ἐλλείψεως ὀξυγόνου, ἥτοι ἱλιγγος, λιποθυμία μέχρις ἀπώλειας τῆς συνειδήσεως, ἐνῶ ἡ θερμοκρασία παραμένει φυσιολογική.

Ἡ κατάστασις αὕτη θὰ προκαλέσῃ ὠρισμένης ἀντισταθμιστικῆς ἀντιδράσεις, τὰς ὁποίας δυνάμεθα νὰ διακρίνωμεν εἰς ἀμέσους καὶ βραδείας.

α) Ἄμεσος ἀντίδρασις. Ἡ πτώσις τῆς ἀρτηριακῆς πίεσεως προκαλεῖ χαλάρωσιν τῆς ἀνασταλτικῆς ἐπιδράσεως τῶν κολποαορτικῶν νεύρων ἐπὶ τοῦ ἀγγειοκινητικοῦ κέντρου, τὸ ὁποῖον, ἐλεύθερον, θὰ προκαλέσῃ ἐντονωτέραν συστολὴν τῶν δερματικῶν καὶ σπλαγχνικῶν ἀγγείων. Ἐκ τῶν κολποαορτικῶν χωρῶν ἐκκινουῦν ἐξ ἄλλου ἀντανακλαστικά, ἄλλα μὲν τῶν ὁποίων ἐπιταχύνουσι τοὺς καρδιακοὺς παλμοὺς, ἐνῶ ἄλλα προκαλοῦν ἐκκρίσιν ἀδρεναλίνης. Ἡ ἀρτηριακὴ πίεσις τείνει τοιουτοτρόπως νὰ ἀνέλθῃ καὶ τὸ αἷμα φυλάσσεται εἰς τὰ πλέον ζωτικὰ μέρη τοῦ σώματος. Ὁ σπλην συστέλλεται καὶ οὕτω μεταφέρεται μέγας ἀριθμὸς ἐρυθρῶν αἰμοσφαιρίων εἰς τὴν γενικὴν κυκλοφορίαν. Τὸ κέντρον τῆς ἀναπνοῆς ἐρεθίζεται, πιθανώτατα ἀντανακλαστικῶς ἐκ τῆς πτώσεως τῆς ἀρτηριακῆς πίεσεως, ὅποτε ἡ ἀναπνοὴ γίνεται ταχεῖα καὶ ἐπιπολαία.

Ἡ λόγῳ τῆς αἱμορραγίας ἀφαίρεισις ἐκ τῶν ἀγγείων τοῦ αἵματος ἐπακολουθεῖται ἀμέσως ἀπὸ ἀνάλογον λήψιν ὑγρῶν ἐκ τῶν ἱστών. Ἐάν ἡ αἱμορραγία συντελεσθῇ προοδευτικῶς καὶ οὐχὶ ἀποτόμως, ἡ ἐντὸς τῶν ἀγγείων εἴσοδος τῶν ὑγρῶν δυνατὸν νὰ εἶναι τόσον ἐντονος, ὥστε εἰς ἐλαχίστας ὥρας ν' ἀπολεσθῇ διπλάσιος τοῦ φυσιολογικοῦ ὄγκου τοῦ αἵματος.

Ἡ πτώσις ἐξ ἄλλου τῆς τάσεως τῶν τριχοειδῶν, ἣτις ἔπεται μιᾶς αἱμορραγίας λόγῳ τῆς ἀτελοῦς πληρώσεως τοῦ ἀγγειακοῦ συστήματος, διαταράσσει τὴν φυσιολογικὴν ἰσορροπίαν μεταξὺ τοῦ αἵματος καὶ ἱστών καὶ εὐθύνεται ἐν μέρει διὰ τὴν λήψιν τῶν ὑγρῶν ἐκ τῶν χώρων τούτων. Ἐκ διαφόρων πειραμάτων γενομένων ἐπὶ ζώων προκύπτει, ὅτι ἡ ἀπώλεια 350 κ.έκ. αἵματος εἰς τὸν ἐνήλικα δὲν ἐπηρεάζει τὴν ἀρτηριακὴν πίεσιν. Μὲ ἀπώλειαν διπλασίας ποσότητος θὰ ἐμφανισθῇ ἐλαφρά, ἀλλὰ σταθερά πτώσις, ἐάν δὲ ἡ ἀπώλεια αἵματος φθάσῃ τὰ 1700 κ.έκ. θὰ ἔχωμεν μεγάλην ὑπότασιν καὶ ἀνάρρωσιν οὐχὶ βεβαίαν.

β) Βραδεῖα ἀντίδρασις: Ἡ ἀποκατάστασις τοῦ ἀπολεσθέντος

αίματος θά περιλαμβάνη κατά πρώτον τὸ ὑγρὸν στοιχείον, ὅποτε θά ἔχωμεν ἀρχικῶς ἀραιὸν πλάσμα. Μετὰ μίαν ἢ δύο ἡμέρας τὰ ἀνόργανα συστατικά σχηματίζονται ἐκ νέου, ὅποτε αὐξάνει καὶ τὸ εἰδικὸν βάρος τοῦ πλάσματος. Ἐν συνεχείᾳ τὰ λευκώματα τοῦ πλάσματος ἐπανέρχονται εἰς τὰ φυσιολογικά των ὄρια. Ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἀπολεσθεῖσαν αἰμοσφαιρίνην, ἡ ἀντικατάστασις τῆς ἐξαρτᾶται ἀπὸ τὴν ἀναπλαστικὴν ἰκανότητα τοῦ ἐρυθροῦ μυελοῦ τῶν ὀστέων. Ἡ πλήρης ἐπανόρθωσις συντελεῖται ἐντὸς τριῶν περίπου ἑβδομάδων. Ἐφ' ὅσον πλησιάζεται τὸ φυσιολογικὸν ὕψος, ἐλαττοῦται ἀναλόγως ὁ ἐρεθισμὸς καὶ ἡ ἀνάπλασις τοῦ ἐρυθροῦ μυελοῦ. Ἐπανειλημμένοι ὅμως αἰμορραγίαι δυνατόν νά διπλασιάσουν τὴν ταχύτητα ἀναπλάσεως καὶ νά προκαλέσουν οὕτως ὑπερτροφίαν τοῦ ἐρυθροῦ μυελοῦ. Δέον ὅμως νά σημειωθῆ, ὅτι εἰς περίπτωσιν μεγάλης ἀνοξιαιμίας, ὅπως τοῦτο παρατηρεῖται κατόπιν μεγάλης αἰμορραγίας, δυνατόν ὁ ἐρυθρὸς μυελὸς νά προσβληθῆ τόσο, ὥστε νά ἐμποδισθῆ ἢ περαιτέρω ἀνάπλασις. Εἰς τὴν γενικὴν κυκλοφορίαν δυνατόν νά ἐμφανισθοῦν ἐμπύρρηνα ἐρυθροκύτταρα ὡς καὶ ἄωρα κύτταρα (δικτυοερυθροκύτταρα) ἢ διαφόρου σχήματος (ποικιλοκύττωσις). Ἄνευρίσκονται ἐπίσης πολλὰ ἐρυθρὰ μικρότερα τοῦ φυσιολογικοῦ μεγέθους. Τὰ κύτταρα ταῦτα περιέχουν ἐπίσης ὀλιγωτέραν αἰμοσφαιρίνην.

Λόγω τῆς ταχείας συμπυκνώσεως τοῦ αἵματος, ἣτις ἀκολουθεῖται ἀπὸ ἀραιώσιν, εἶναι ἀδύνατον, κατὰ τὸ ἀρχικὸν στάδιον, νά κρίνη τις ἐκ μόνης τῆς ἀριθμήσεως τῶν ἐρυθρῶν καὶ τῆς αἰμοσφαιρίνης τὴν σοβαρότητα τῆς αἰμορραγίας.

ΒΙΟΧΗΜΙΚΑΙ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ

Εἶναι γνωστὸν, ὅτι κατόπιν μιᾶς μεγάλης γαστρορραγίας παρατηρεῖται ἀρκετὰ συχνὰ ἀζωθαιμία. Ἐχει παρατηρηθῆ ἀπὸ διαφόρους συγγραφεῖς, ὅτι ἡ χορήγησις, εἰς ὑγιᾶ ἄτομα, ἀπὸ τοῦ στόματος αἵματος χοίρου προκαλεῖ αὐξησιν τοῦ ποσοῦ τῆς οὔριας των. Ἀποδεικνύεται τοιοῦτοτρόπως ὅτι ἡ ἀπορρόφησις τῶν προϊόντων πέψεως τοῦ αἵματος ἔχει σημασίαν εἰς τὴν δημιουργίαν τῆς ἀζωθαιμίας ταύτης.

Ἐχει ἐπίσης ἀποδειχθῆ, ὅτι ἡ μεθαιμορραγικὴ ἀζωθαιμία δυνατόν νά ἐπέλθῃ ἀπουσίᾳ οἰαοδήποτε νεφρικῆς βλάβης, ἀφυδατώσεως, νηστείας ἢ καταπληξίας. Ἡ αὐξησις τῆς οὔριας ἐν τῷ αἵματι εἰς τὴν περίπτωσιν ταύτην δύναται νά χρησιμεύσῃ ὡς δεικτῆς τῆς σοβαρότητος τῆς αἰμορραγίας. Εἰς ὅλας αὐτάς τὰς περιπτώσεις ἡ ἀζω-

θαιμία θά θεωρηθῆ ὡς τὸ ἀποτέλεσμα τῶν ὑπὸ τοῦ ἐντέρου ἀπορροφηθέντων λευκωμάτων τοῦ αἵματος, βαίνει δὲ παραλλήλως πρὸς τὸν βαθμὸν ἀναιμίας.

Διὰ τῆς εἰσαγωγῆς ἐντὸς τοῦ ἀνθρώπινου στομάχου 500—600 κ. ἐκ. αἵματος βοδῆς ἐπετεύχθη ἀνύψωσις τῆς οὔριας εἰς τὸ διπλάσιον εἰς διάστημα 8 ὥρων. Ἡ μεγίστη ἀνύψωσις τῆς οὔριας παρατηρεῖται 24—48 ὥρας μετὰ μίαν μεγάλην αἱμορραγίαν, μετέπειτα εἰς τὰ φυσιολογικὰ ὄρια τὴν 72αν ὥραν. Ἡ ἀζωθαιμία πεπτικῆς φύσεως δυνατόν νὰ συνοδευθῆ περὶ τὴν 2αν—5ην ἡμέραν, μετὰ τὴν αἱμορραγίαν, ἀπὸ πυρετόν ἢ καὶ ἄλλα τοξικά φαινόμενα. Τοῦτο παρατηρεῖται κυρίως ὡσάκις ἔχει παραμείνει μεγάλη ποσότης αἵματος ἐντὸς τοῦ ἐντέρου, ὅποτε εἷς ἀπλοῦς ὑποκλυσμὸς ἀποκαθιστᾷ τὴν φυσιολογικὴν κατάστασιν.

Εἷς τινὰς περιπτώσεις γαστρορραγίας ἡ ἐμφανιζομένη ἀζωθαιμία δὲν ὀφείλεται εἰς ἀπορρόφῃσιν τῶν λευκωμάτων τοῦ αἵματος ἢ εἰς ὀργανικὴν νόσον τῶν νεφρῶν. Αὕτη ἐξαρτᾶται ἀπὸ μίαν διαταραχὴν τῆς λειτουργίας τῶν νεφρῶν. Πειραματικῶς ἐπετεύχθη ἡ αὐξήσις τῆς οὔριας τοῦ αἵματος δι' ἐξωτερικῆς ἀφαιμάξεως διαφόρων ζώων. Τοιοῦτοτρόπως εἰς Ἰνδικὰ χοιρίδια ἐγένοντο ἀνὰ διήμερον ἀφαιμάξεις τοῦ $\frac{1}{2}$ τοῦ ὄγκου τοῦ αἵματός των, μετὰ ἀποτέλεσμα ἀζωθαιμίας 2 ἕως 3 γραμμαρίων.

Ὅταν ἡ αἱμορραγία δύναται νὰ προκαλέσῃ πτώσιν τῆς ἀρτηριακῆς πιέσεως, θά συνοδεύεται σταθερῶς καὶ ἀπὸ ἐλάττωσιν τῆς ἀπεκκρίσεως τῆς οὔριας, ἀπὸ ἐλάττωσιν τοῦ ποσοῦ τῶν οὔρων, μετὰ ἀποτέλεσμα τὴν αὐξήσιν τῆς οὔριας ἐν τῷ αἵματι. Ἐξ οὗ καὶ ἡ μεγάλη σημασία τοῦ χροσ μετὰ τὴν συνοδεύουσαν αὐτὸ διαταραχὴν τῆς νεφρικῆς λειτουργίας, λόγῳ τῆς ὁποίας παρατηρεῖται αὐξήσις τῆς οὔριας εἷς τινὰς περιπτώσεις αἱμορραγιῶν.

Ἄλλὰ καὶ ἡ ἀφυδάτωσις αὐξάνει τὴν οὔριαν, ὡς ἐνισχύουσα τὴν ὀλιγουρίαν καὶ ἀνουρίαν. Ἡ ἀζωθαιμία θά εἶναι ἔτι μεγαλύτερα μετὰ μίαν γαστρορραγίαν, ἐὰν συνυπάρχῃ ἀφυδάτωσις καὶ ἐλάττωσις τῆς ἀπεκκρίσεως τῶν οὔρων. Ἡ εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς παρεντερικὴ χορήγησις σακχαροῦχου ἢ φυσιολογικοῦ ὁροῦ θά ἐξαφανίσῃ ταχύτατα τὴν ἀζωθαιμίαν ταύτην, ἀρκεῖ νὰ ἔχη παύσει ἡ αἱμορραγία. Ἡ συνεχὴς ἐλάττωσις τοῦ ποσοῦ τῶν οὔρων, παρὰ τὴν χορήγησιν τῶν ὀρων, ἀποτελεῖ δυσμενὲς προγνωστικὸν σημεῖον.

Θά ὑποπτευθῶμεν ἐπομένως μίαν λειτουργικὴν διαταραχὴν τῶν νεφρῶν εἰς τὰς ἐξῆς περιπτώσεις: α) εἰς περίπτωσιν χροσ, β) εἰς περίπτωσιν μεγάλης αἱματεμέσεως μετὰ ἐλαχίστην μέλαιναν, γ) εἰς περίπτωσιν σαφοῦς ἀφυδάτωσης συνοδευομένης ἀπὸ ὀλιγουρίαν ἢ ἀνου-

ρίαν, δ) εἰς περίπτωσιν καθ' ἣν ἡ ἀζωθαιμία ἐπιμένει καὶ πέραν τῶν 96 ὥρων ἀπὸ τῆς αἱμορραγίας. Δέον νὰ σημειωθῆ, ὅτι, εἰς περίπτωσιν δευτέρας γαστρορραγίας, ἡ οὐρία θὰ ὑψωθῆ ἐκ νέου καὶ κατὰ πολὺ περισσότερον τῆς πρώτης, ἐντὸς 24—48 ὥρων. Εἰς περίπτωσιν ἐξ ἄλλου μοιραίας ὑποτροπῆς ἢ συνεχιζομένης αἱμορραγίας, ἡ οὐρία ἐν τῷ αἵματι εἴτε συνεχίζεται αὐξανόμενη εἴτε παραμένει ἀνωτέρα τῆς φυσιολογικῆς χωρὶς νὰ ὑποχωρῆ.

Μία μεγάλη ἀζωθαιμία σπανίως ὀφείλεται εἰς μόνην τὴν ἀπορρόφησιν τῶν λευκωμάτων τοῦ αἵματος· συνήθως ἐρμηνεύει μίαν συνεχιζομένην ἢ ἐπιδεινωμένην αἱμορραγίαν. Ὄταν ἡ οὐρία φθάσῃ τὰ 10,0 γρ. ἡ θνησιμότης εἶναι μεγίστη, κάτω ὅμως τῶν 7,0 γρ. συνήθως ἡ ἐξέλιξις εἶναι εὐνοϊκή.

Εἰς τὰς ἄνω περιγραφείσας, διαφόρου αἰτιολογίας, ἀζωθαιμίας, τὰ χλωριοῦχα ἐν τῷ αἵματι εἶναι συνήθως φυσιολογικά ἢ καὶ ἐλαφρῶς ὑψημένα. Ἐὰν ὅμως ἔχουν προηγηθῆ τῆς αἱμορραγίας στενωτικά φαινόμενα καὶ ἔμετοι, θὰ προκληθῆ ἡ ὑποχλωριαίμια καὶ ἀλκάλωσις, ὁπότε αὐξάνει καὶ ἡ οὐρία (βλ. ἀνωτέρω: στένωσις τοῦ πυλωροῦ). Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς ἡ πρόγνωσις δὲν εἶναι πάντοτε σοβαρά, ἐφ' ὅσον ἡ ἀζωθαιμία δὲν ὀφείλεται μόνον εἰς τὸ *chole* ἢ τὴν αἱμορραγίαν.

Εὐνόητος εἶναι ἡ μεγίστη ἀνάγκη καὶ σημασία τῆς διακρίσεως τῆς αἰτιολογίας μιᾶς μεθαιμορραγικῆς ἀζωθαιμίας. Γνωρίζομεν πράγματι ὅτι κατὰ τὴν τελικὴν φάσιν μιᾶς χρονίας ἀζωθαιμικῆς νεφρίτιδος παρατηροῦνται ἐπίσης γαστρορραγαίαι. Ἡ πρόγνωσις τῶν δύο τούτων καταστάσεων διαφέρει ριζικῶς. Εἰς τὴν πρώτην περίπτωσιν ἄλλη ἢ ἔννοια καὶ εὐνοϊκὴ ἢ ἔκβασις, ἐνῶ εἰς τὴν δευτέραν περίπτωσιν ὑποσημειοῦται ἡ βαρύτης ὀριστικῆς ἀνεπαρκείας τῶν νεφρῶν μὲ σχεδὸν πάντοτε μοιραίαν τὴν ἐξέλιξιν.

Ἐνώπιον μιᾶς μεθαιμορραγικῆς ἀζωθαιμίας δέον νὰ ληφθοῦν ὀρισμένα ἄμεσα θεραπευτικὰ μέτρα.

— Ἐξασφάλισις ἱκανοποιητικῆς διουρήσεως μὲ ποσότητα ἡμερησίων οὔρων τοῦλάχιστον 800 κ.έκ.

— Κατὰ τὴν αἱμορραγίαν δέον ν' ἀποφευχθῆ πᾶν μέτρον δυνάμενον νὰ προκαλέσῃ ταχεῖαν αὔξησιν τοῦ ὄγκου τοῦ αἵματος, μέχρις ὅτου παύσῃ ἡ αἱμορραγία.

— Τὸ πρῶτον 24ῶρον μετὰ τὴν αἱμορραγίαν θὰ χορηγηθῆ ὑποδορίως φυσιολογικὸς ὀρός.

— Εἰς περίπτωσιν ἐκσεσημασμένης ἀφυδατώσεως χορήγησις σακχαροῦχοῦ ὀροῦ 5—10%, ἐντὸς φυσιολογικοῦ, στάγδην ἐνδοφλεβίως.

— “Άμεσος χορήγησις ύπερτονικοῦ καὶ σακχαροῦχοῦ ὄρου εἰς περίπτωσιν ἐντόνου ἀλκαλώσεως καὶ χλωροπενίας.

— Εἰς περιπτώσεις ἀζωθαιμίας μετὰ μεθαιμορραγικοῦ χροῦ ἐνδοφλέβιος χορήγησις πλάσματος, ὅπερ σπανίως προκαλεῖ ἀντιδράσεις.

— Εἰς περίπτωσιν ἀνοξαιμίας μετάγγις αἵματος.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ

Ἡ διάγνωσις μιᾶς γαστρορραγίας δὲν παρουσιάζει δυσχερείας. Θ’ ἀποκλεισθοῦν εὐκόλως διάφοροι ἔμετοι βαθέως κεχρωσμένοι, ὡς περιέχοντες χολοχρωστικὰς ἢ διαφόρους τροφὰς ἢ φάρμακα.

“Ὅταν δὲν παρίσταται τις κατὰ μίαν γαστρορραγίαν, ἡ διάγνωσις δυνατὸν νὰ ἐμφανίσῃ ὠρισμένας δυσχερείας. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς ἡ λήψις ἐνὸς καλοῦ ἱστορικοῦ καὶ μίᾳ ἐπιμελημένη ἐξέτασις δέον ν’ ἀποκλείσῃ ὠρισμένας παθήσεις τῶν ἀναπνευστικῶν ὁδῶν καὶ τῆς ἄνω μοίρας τοῦ πεπτικοῦ σωλήνος. Οὕτω θ’ ἀποκλεισθῇ ἡ περίπτωσις καταποθέντος αἵματος λόγῳ ἐπιστάξεως, μίᾳ αιμορραγία ἐκ τοῦ στόματος, ἐκ τῶν οὐλῶν, ἐκ τοῦ φάρυγγος. Ἐπίσης ἡ κατάποσις αἵματος λόγῳ καρκίνου τοῦ οἰσοφάγου.

Τὰς περισσοτέρας ὅμως δυσχερείας ἀπὸ ἀπόψεως διαφορικῆς διαγνώσεως παρουσιάζει ἡ αἰμόπτωσις. Ὑπενθυμίζομεν ὅτι εἰς περίπτωσιν αἰμοπτύσεως τὸ αἷμα εἶναι ἐρυθρόν, ἀφρώδες, ἄνευ πηγμάτων, ἐπέρχεται δὲ κατόπιν βηχός. Συνοδεύεται συχνὰ ἀπὸ πυρετὸν ὡς καὶ ἀπὸ ἄλλα κλινικὰ καὶ ἀκτινολογικὰ σημεῖα τῶν πνευμόνων, τὰ ὅποια ὅμως θέλουν προσδιορισθῆ πολὺ ἀργότερον. Δυνατὸν ὅμως τὸ αἷμα, προερχόμενον εἴτε ἐκ τοῦ φάρυγγος εἴτε ἐκ τῶν πνευμόνων, νὰ καταποθῇ καὶ ἐν συνεχείᾳ ν’ ἀποβληθῇ ὑπὸ μορφήν αἱματεμέσεως. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς τὸ καλύτερον διαφορικὸν σημεῖον εἶναι ἡ ἐπὶ τινὰς εἰσέτι ἡμέρας παρουσία αἰμοφύρτων πτυέλων. Τοῦτο ἀποτελεῖ τὴν λεγομένην «οὐρὰν τῆς αἰμοπτύσεως». Ἀντιθέτως, εἰς περίπτωσιν πραγματικῆς αἱματεμέσεως, τὰ αἱματηρὰ πτύελα ἀπουσιάζουν, ἐνῶ τούναντίον θὰ παρατηρήσωμεν τὴν αὐτὴν ἡμέραν ἢ καὶ τὰς ἐπομένας μέλανα κόπρανα.

“Ἄλλοτε πάλιν ἡ διάγνωσις δυσχεραίνεται λόγῳ τῆς παρουσίας ἐντὸς τῶν ἐμεσμάτων λεπτῶν αἱματηρῶν ἰνῶν, εἴτε εἰς ἄτομα τὰ ὅποια συνήθως ἔχουν ἐμέτους εἴτε κατὰ τὴν διάρκειαν μιᾶς μεγάλης κρίσεως. Εἰς ὅλας αὐτὰς τὰς περιπτώσεις μίᾳ ἐπισταμένη ἐξέτασις τοῦ ρινοφάρυγγος θ’ ἀποκαλύψῃ τὴν ὑπαρξίν πηγμάτων παλαιοῦ αἵματος ἢ μικρὰς ἀλλοιώσεις, ὡς φαρυγγίτις, κίρσοι κ.λ.π. αἱ ὅποια πιστοποιοῦν τὴν πηγὴν τῆς αἱμορραγίας.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ ΤΩΝ ΓΑΣΤΡΟΡΡΑΓΙΩΝ

Ἡ ἐμφάνισις μιᾶς γαστρορραγίας ἀνακινεῖ αὐτομάτως πλεῖστα ὄσα προβλήματα, τὰ ὅποια δὲν ἀφοροῦν ἔν καὶ μόνον σύστημα — τὸ πεπτικόν —, ἀλλὰ προβλήματα τῆς γενικῆς παθολογίας, ἀπὸ τὰ πλέον δύσλυτα, ἐφ' ὅσον πρέπει νὰ ἀναζητηθῇ τὸ αἷτιον ταύτης.

Ὅταν ἓνας ἄρρωστος παρουσιάσῃ γαστρορραγίαν, σχεδὸν πάντοτε εἰς ἀκαταμάχητος συνδυασμὸς ἰδεῶν ὁδηγεῖ αὐτομάτως τὸν ἰατρὸν πρὸς τὴν διάγνωσιν τοῦ ἔλκουσ. Καὶ τοῦτο, διότι ἔχει διατυπωθῆ τρόπον τινὰ μία ἀλγεβρική ἐξίσωσις, κατὰ τὴν ὁποίαν γαστρορραγία ἴσον ἔλκος τοῦ δωδεκαδακτύλου.

Αἱ ἄνω ἀντιλήψεις δέον νὰ τροποποιηθοῦν ὡς μὴ ἀπολύτως ὀρθαί. Ὅδηγοῦν εἰς θεραπευτικὰ λάθη καὶ ἀσκόπους χειρουργικὰς ἐπεμβάσεις. Πράγματι, πολλοὶ ἐκ τῶν συναδέλφων, ἐνώπιον μιᾶς μεγάλης γαστρορραγίας, συνιστοῦν τὴν ἄμεσον χειρουργικὴν ἐπέμβασιν, μὲ ἀπώτερον σκοπὸν τὴν ἀπολίνωσιν τῆς αἰμορραγούσης ἀρτηρίας, ἄρα καὶ τὴν ἀφαίρεσιν τοῦ αἰτίου ταύτης. Θὰ ἴδωμεν ὁμῶς ὅτι τὸ τοιοῦτον σπανιώτατα συμβαίνει, πολὺ δὲ διάφορα εἶναι τὰ αἷτια μιᾶς γαστρορραγίας. Ἡ λεπτομερὴς ἀνάπτυξις τοῦ θέματος τῶν γαστρορραγιῶν θὰ μᾶς ἀποκαλύψῃ ἀμέσως τὰς διαγνωστικὰς δυσχερείας.

Διὰ λόγους ἀπολύτως διδακτικοὺς καὶ διὰ τὴν εὐχερεστέραν κατανόησιν τοῦ θέματος, θὰ διακρίνωμεν τὰ αἷτια μιᾶς γαστρορραγίας εἰς δύο μεγάλας ομάδας : α) εἰς αἷτια ἐνδογαστρικά, β) εἰς αἷτια ἐξωγαστρικά.

Α' Αἷτια ἐνδογαστρικά :

1. Ἐλκος (στομάχου, δωδεκαδακτύλου, μετεγχειρητικὸν ἢ πεπτικόν).
2. Γαστρίτις καὶ Δωδεκαδακτυλίτις.
3. Καρκίνος τοῦ στομάχου.
4. Σύφιλις τοῦ στομάχου.
5. Φυματίωσις τοῦ στομάχου.
6. Καλοήθεις ὄγκοι στομάχου καὶ δωδεκαδακτύλου.
7. Ρήξις ἀγγείου λόγῳ ἀρτηριοσκληρύνσεως.
8. Γαστρικὴ κρίσις Tabes.
9. Ἀνωδιαφραγματικὸς στόμαχος (διαφραγματοκήλη).
10. Μετεγχειρητικὴ γαστρορραγία.
11. Τραυματισμὸς.

Β' Αίτια έξωγαστρικά

1. Νοσήματα ήπατος.
2. Νοσήματα σπληνός.
3. Πρωτοπαθείς θρομβώσεις της πυλαίας φλεβός.
4. Νοσήματα του οισοφάγου.
5. Αίμορραγικά διαθέσεις.
6. Γαστρορραγία λόγω βλάβης οργάνων μακράν του στομάχου κειμένων (χολοκυστίτις, σκωληκοειδίτις, παγκρεατίτις).
7. Παθήσεις του λεπτού έντέρου.
8. Παθήσεις καρδιακά, πνευμονικά, του νευρικού συστήματος.
9. Αίμορραγία των νεογνών.
10. Διάφορα αίτια τοξικά, λοιμώδη, θρέψεως, choc.
11. Άγνωστα αίτια.

Α' ΓΑΣΤΡΟΡΡΑΓΙΑΙ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΑΙ ΕΙΣ ΕΝΔΟΓΑΣΤΡΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

Ι. ΓΑΣΤΡΟΡΡΑΓΙΑΙ ΤΩΝ ΕΛΚΩΝ

Πρόκειται περί σοβαρᾶς καὶ συχνῆς ἐπιπλοκῆς τῶν γαστροδωδεκαδακτυλικῶν ἑλκῶν. Εἰς περιπτώσεις μεγάλης γαστρορραγίας ἢ ἐπαναλαμβανομένης τοιαύτης, ἐκτὸς τοῦ διαγνωστικοῦ προβλήματος προβάλλει καὶ τὸ θεραπευτικὸν τοιοῦτον, εἰς τὸ ὅποῖον πολλακίς δέον νὰ δοθῆ ἄμεσος λύσις.

Καὶ ὅσον ἀφορᾷ μὲν τὴν αἰτιολογικὴν διάγνωσιν τῆς γαστρορραγίας, αὕτη θὰ βασισθῆ κυρίως ἐπὶ τοῦ ἱστορικοῦ τοῦ ἀρρώστου. Θὰ διακρίνωμεν ἐπομένως δύο ομάδας γαστρορραγιῶν ἐξ ἑλκους:

α) Γαστρορραγίας μὲ τυπικὸν ἱστορικὸν ἑλκους.

β) Γαστρορραγίας ὡς μόνην ἢ πρώτην ἐκδήλωσιν τῆς νόσου ἑλκους.

α) Γαστρορραγίαι μὲ τυπικὸν ἱστορικὸν ἑλκους. Τούτων ἡ διάγνωσις εἶναι εὐχερής. Τὸ ἀναμνηστικὸν θ' ἀποκαλύψῃ τὴν εἰς τὸ παρελθὸν ὑπαρξίν τῶν τυπικῶν περιόδων πένων χωριζομένων ἀπὸ τὰς τυπικάς καὶ μακράς περιόδους ἡρεμίας. Πολλακίς ὁ ἄρρωστος ἔχει ἤδη ἀκτινογραφηθῆ καὶ τοιουτοτρόπως γνωρίζομεν καὶ τὴν ἐντόπισιν τοῦ ἑλκους. Ἡ γαστρορραγία ἐπέρχεται συνήθως ἐν πλήρει περιόδῳ πόνων, οἵτινες καὶ ἐξαφανίζονται ἅμα τῇ ἐκδηλώσει τῆς. Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις θὰ ἐπαναληφθῆ μετὰ δεκαήμερον περίπου ἀπὸ τῆς λήξεως τῆς γαστρορραγίας, ἀν καὶ προσφάτως ἐξετάζουν ἀκτινολογικῶς καὶ κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς γαστρορραγίας, χωρὶς νὰ σημειωθῆ οἷονδήποτε ἀτύχημα. Σήμερον

εις πολλάς χώρας τοῦ ἐξωτερικοῦ πραγματοποιεῖται ἡ λεγομένη ἐπίγουσα ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις. Ὄταν αὕτη λαμβάνῃ χώραν ὑπὸ ὠρισμένους ὄρους, ὄχι μόνον εἶναι τελείως ἀκίνδυνος, ἀλλὰ δίδει ἄμεσον ἀπάντησιν εἰς τὸ πάντοτε προβάλλον ἐρώτημα, ποία εἶναι ἡ πηγὴ τῆς γαστρορραγίας.

Ἡ προσεκτικὴ ἐξέτασις τῶν ἀρρώστων ἐν πλήρει αἵματεμέσει ἢ τὸ βραδύτερον μετὰ 12 ὥρον, ἀποβαίνει ἐξαιρετικὰ χρήσιμος ἀπὸ διαγνωστικῆς ἀπόψεως. Ἡ ἐξέτασις λαμβάνει χώραν τοῦ ἀρρώστου κεκλιμένου. Χορηγεῖται μία σχετικῶς ἀραιὰ διάλυσις βαριούχου πόλου. Ἄλλοτε τοῦτο ἐθεωρεῖτο ὡς ἐξαιρετικῶς ἐπικίνδυνον καὶ δυνάμενον νὰ προκαλέσῃ νέαν αἱμορραγίαν, νὰ προκαλέσῃ τὰς περισταλτικὰς κινήσεις τοῦ στομάχου καὶ νὰ ἐμποδίσῃ τὸν σχηματισμὸν τοῦ θρόμβου. Πάντα ταῦτα ἀπεδείχθησαν ὑπερβολαί. Γνωρίζομεν ὅτι ἡ παλαιὰ μέθοδος τῆς ἀπολύτου νηστείας εἰς τὰς γαστρορραγίας, μὲ πάγον καὶ ἐνέσεις μορφίνης, ἔχει ἤδη ἐγκαταλειφθῆ. Πράγματι, κατόπιν τῶν ἐργασιῶν τοῦ Meulengracht, ἀπεδείχθη ὅτι ἡ ἀπόλυτος δίαιτα μὲ τὴν ἐπακολουθοῦσαν αὐξήσιν τῆς γαστρικῆς ἐκκρίσεως καὶ τῶν περισταλτικῶν κινήσεων ἐπέφερε μᾶλλον ἐπιδείνωσιν τῆς καταστάσεως. Ὅσον ἀφορᾷ τὴν μορφίνην, γνωρίζομεν ὅτι αὕτη προκαλεῖ ἔντονον σπασμὸν τοῦ πυλωροῦ καὶ αὐξάνει τὰς περισταλτικὰς κινήσεις τοῦ στομάχου. Ὡς ἐκ τούτου χορηγοῦμεν ἀπὸ τῆς ἐπομένης τῆς γαστρορραγίας ἄφθονον εἰς λευκώματα τροφήν, συστάσεως πολτώδους. Τὰ οὕτω ἐπιτυγχανόμενα ἀποτελέσματα εἶναι κατὰ πολὺ ἀνώτερα καὶ ποσοτικῶς καὶ ποιοτικῶς, ἀπὸ ἐκεῖνα τὰ ὁποῖα ἐπετυγχάνοντο διὰ τῆς ἀπολύτου καὶ ἐπὶ πολλὰς ἡμέρας νηστείας.

Ὁ βαριούχος πόλος ἐλαττώνει τὴν γαστρικὴν ἐκκρίσιν, ἀποτελεῖ δὲ ἐπὶ πλέον ἄριστον ἐπισπαστικὸν τοῦ στομάχου. Πράγματι, πλεῖστοι ὅσοι ἄρρωστοι ἀνακουφίζονται ἐκ τῶν πόνων τῶν μετὰ μίαν ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν. Ἄλλὰ καὶ ἐπὶ τῆς γαστρορραγίας φαίνεται ὅτι ὀρθῶς εὐνοϊκῶς, ὡς ἀναφέρεται ὑπὸ τοῦ Hampton καὶ τοῦ Γάλλου καθηγητοῦ τῆς Χειρουργικῆς E. Delannoy. Γνωρίζομεν ἐξ ἄλλου, ὅτι, ὅσον ἀφορᾷ ἰδίως τὰ ἔλκη τοῦ δωδεκαδακτύλου τύπου οἰδηματώδους, ἡ γαστρορραγία ἐξαφανίζει ὄχι μόνον τὰ κλινικὰ ἀλλὰ καὶ τὰ ἀκτινολογικὰ σημεῖα. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς παρατηρεῖται ἐξαφάνισις τοῦ περὶ τὸ ἔλκος οἰδήματος λόγῳ τοπικῆς ἀφαιμάξεως καὶ ὡς ἐκ τούτου ἡ ἀκτινολογικὴ φωλεὰ ἐξαφανίζεται, εἰς τὰ πρόσφατα τούλάχιστον ἔλκη. Κατὰ δὲ τὸν Windholz, ἡ ἐξαφάνισις τῆς φωλεᾶς ὀφείλεται εἰς τὴν πλήρωσιν τῆς ἀπὸ θρόμβου, ἂν καὶ τοῦτο χειρουργικῶς σπανίως ἔχει παρατηρηθῆ, πλὴν τοῦ μικροῦ

έκείνου θρόμβου, καί ούχι πάντοτε, ὅστις ἀποφράσσει τὸ αἱμορραγοῦν ἄγγειον.

Τὰ ὡς ἄνω ὁμῶς φαινόμενα ἐμφανίζονται μετὰ παρέλευσιν ἀρκετῶν ἡμερῶν ἀπὸ τῆς αἱμορραγίας, ἐνῶ τὴν ἐπομένην δὲν ἔχουν ἐπηρεάσει τὴν φωλεάν καί ὡς ἐκ τούτου αἱ ἀκτινογραφίαι θ' ἀποκαλύψουν τὴν ὑπαρξίν της. Σπανιώτατα ἐξ ἄλλου ἢ ἐρμηνεῖα τῶν ἀκτινογραφιῶν αὐτῶν θὰ παρουσιάσῃ δυσχερείας λόγῳ τῆς ἐντὸς τοῦ στομάχου παρουσίας πηγμάτων αἵματος, ὁπότε θὰ ἔχωμεν εἰκόνα ψευδοελλειματικὴν, μὲ ἀσάφειαν τῶν ὀρίων της.

Ἡ συχνότης τῶν λόγῳ ἔλκους γαστρορραγιῶν ποικίλλει κατὰ τοὺς συγγραφεῖς. Οὕτω διὰ τὸν Guimann, τὸν Balfour κλπ. τὸ 1/3 περίπου τῶν ἔλκοπαθῶν παρουσιάζει γαστρορραγίας. Οἱ Ἀμερικανοὶ συγγραφεῖς ἀναβιβάζουν τὸ ποσοστὸν τοῦτο εἰς 60—75%. Δηλαδὴ ἐπὶ 100 γαστρορραγιῶν, αἱ 60—75 ὀφείλονται εἰς ἔλκος, ἐκ δὲ τῶν ἐνδογαστρικῶν αἰτίων τὰ 85% ὀφείλονται εἰς ἔλκος.

Κάθε στατιστικὴ ὁμῶς ἐξαρτᾶται ἀπὸ τὸ ἐξετασθὲν ὕλικόν. Εἰς τὰ νοσοκομεῖα λ. χ. ἀνευρίσκεται μέγα ποσοστὸν γαστρορραγιῶν ἐν σχέσει μὲ τοὺς ἔλκοπαθεῖς, τὸ ποσοστὸν δὲ τοῦτο μειοῦται εἰς τοὺς ἔλκοπαθεῖς τοὺς προσερχομένους εἰς τὰ ἐξωτερικὰ Ιατρεῖα καὶ ἔτι περισσότερον εἰς τὴν ἰδιωτικὴν πελατεῖαν.

Ἐπὶ 100 αἱματεμέσεων, ὁ Guimann διεπίστωσεν ὅτι μόνον αἱ 25 ὀφείλοντο εἰς ἔλκη, ἐνῶ ἐπὶ 100 χειρουργηθέντων ἔλκοπαθῶν μόνον οἱ 32 ἀνέφερον εἰς τὸ ἀναμνηστικόν των μίαν ἢ περισσότερας γαστρορραγίας.

Κατὰ πᾶσαν ὁμῶς πιθανότητα αἱ διαφοραὶ αὗται ὀφείλονται εἰς τὸ ὅτι πολλαὶ γαστρορραγαί ἀπεδόθησαν ἐσφαλμένως εἰς τὴν ὑπαρξίν ἔλκους. Οὕτως ὁ Ἀμερικανὸς Bockus παρατηρεῖ, ὅτι πολλὰ «ἔλκη» δὲν ἦσαν παρὰ αἱμορραγικαὶ γαστροδωδεκαδακτυλίτιδες. Ἐπὶ 391 ἔλκοπαθῶν νοσηλευθέντων ὑπὸ τοῦ ἄνω συγγραφέως εἰς τὸ Gradual Hospital, μόνον οἱ 52 (13%) ἔσχον γαστρορραγίαν. Εἰς ἕτερον Νοσοκομεῖον, ἐπὶ 2620 ἔλκοπαθῶν τὸ ποσοστὸν τῶν γαστρορραγιῶν ἦτο 3,8%. Τὰ δωδεκαδακτυλικά ἔλκη αἱμορραγοῦν περισσότερον ἀπὸ τὰ τοῦ στομάχου, πολὺ δὲ περισσότερον τὰ πεπτικά (46—89%). Ὁ Bockus ἀναφέρει ποσοστὸν γαστρορραγιῶν εἰς τοὺς ἔλκοπαθεῖς μικρότερον τοῦ 5%.

Ἡμεῖς, ἐν τῷ Ἀντικαρκινικῷ Ἰνστιτούτῳ, ἐπὶ 436 ἔλκοπαθῶν παρετηρήσαμεν 68 γαστρορραγίας (15,5%), ἐξ ὧν 26 αἱματεμέσεις καὶ 42 μελαίνες.

Φυσιοπαθολογία τῶν γαστρορραγιῶν ἐξ ἔλκους. Ἡ ἀντίληψις ἣτις ἐπικρατεῖ συνήθως ὅσον ἀφορᾷ μίαν αἱμορραγίαν ἐξ ἔλκους εἶναι, ὅτι τοῦτο αἱμορραγεῖ λόγῳ διαβρώσεως ἀγγείου τινὸς παρὰ τὸν πυθμένα. Ἡ γαστρορραγία ὁμῶς εἰς τοὺς ἔλκοπαθεῖς δὲν ἔχει πάντοτε τοπογραφικὰς σχέσεις μὲ τὸ ἔλκος.

Εἰς τινὰς βεβαίως περιπτώσεις δυνατόν ἢ αἱμορραγία νὰ εἶναι τὸ ἀποτέλεσμα τῆς διαβρώσεως μιᾶς ἀρτηρίας ἢ φλεβός. Οὕτως, ἐν διατιτραίνον ἔλκος τοῦ ἐλάσσονος τόξου τοῦ στομάχου δύναται νὰ διαβρῶσῃ εὐμέγεθές τι ἀγγεῖον ἐκεῖ πλησίον εὐρισκόμενον. Αἱμορραγίαί ἐντὸς τοῦ δωδεκαδακτύλου δυνατόν νὰ προκληθοῦν ἀπὸ τὴν διάβρωσιν ἑνὸς ἐκ τῶν κάτωθι ἀγγείων: τῆς ἄνω παγκρεατοδωδεκαδακτυλικῆς ἀρτηρίας, τῆς γαστροδωδεκαδακτυλικῆς, ἡπατικῆς, δεξιᾶς γαστροεπιπλοϊκῆς ἢ μιᾶς τῶν πυλωρικῶν ἀρτηριῶν. Ἐχουν ἐπίσης ἀναφερθῆ καὶ περιπτώσεις διαβρώσεως τῆς πυλαίας φλεβός ὡς καὶ τῆς κοιλιακῆς ἀορτῆς. Τὸ αἱμορραγοῦν σημεῖον ἀνευρίσκειται συνήθως εἰς τὸ πλάγιον τοίχωμα τοῦ ἀγγείου, ἐντὸς τοῦ ὁποίου σχηματίζεται, εὐτυχῶς ἀρκετὰ συχνά, θρόμβος. Ἄλλοτε τὸ αἱμορραγοῦν ἀγγεῖον εὐρίσκεται εἰς τὴν βᾶσιν τοῦ οὐλώδους ἴστου, ὅποτε δὲν διευκολύνεται ἢ σύσπασις τοῦ ἀγγείου καὶ ἡ ἔκβασις εἶναι πάντοτε μοιραία, λόγῳ κεραυνοβόλου αἱμορραγίας. Τοῦτο παρατηρεῖται κυρίως εἰς τὰ παλαιὰ τυλῶδη ἔλκη, τὰ ὁποῖα διαβιβρώσκουν τὰς ἀρτηρίας τοῦ ὑποβλεννογονίου ἢ, διατιτραίνοντα, προκαλοῦν νέκρωσιν τῶν τοιχωμάτων τῶν μεγάλων ἀγγείων τοῦ στομάχου ἢ τοῦ δωδεκαδακτύλου. Τὰ πρόσφατα ἔλκη, μὴ ἐπεκτεινόμενα εἰς βάθος, αἱμορραγοῦν διὰ ρήξεως τῶν τριχοειδῶν τοῦ βλεννογόνου. Ἄλλοτε πάλιν ἡ αἱμορραγία δὲν ὀφείλεται εἰς διάβρωσιν ἀγγείου, ἀλλὰ προέρχεται ἀπὸ μικρὰ ἀγγεῖα, τὰ ὁποῖα περιβάλλουν τὴν ἐξέλκωσιν ἢ ἀπὸ ἄλλα μικρὰ νεοσχηματισθέντα ἐντὸς τοῦ κρατῆρος κατὰ τὴν ἐπούλωσιν.

Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ὁμῶς δύο κυρίως μηχανισμοὶ προκαλοῦν τὴν γαστρορραγίαν: ἢ λόγῳ τοῦ ἔλκους ἐμφανιζομένη γαστρίτις, ἢ γαστρίτις ἢ προκαλουμένη ἐκ στάσεως λόγῳ στενώσεως.

Εἰς ἔλκοπαθῆς δὲν αἱμορραγεῖ πάντοτε ἐκ τοῦ ἔλκους τοῦ ἢ λόγῳ τούτου μόνον. Πλεῖσται ὅσαι ἐγχειρητικαὶ παρατηρήσεις ἀποδεικνύουν τοῦτο, ὡς καὶ ἄλλαι περιπτώσεις, καθ' ἃς ἡ αἱμορραγία συνεχίζεται παρὰ τὴν ἀφαίρεσιν τοῦ ἔλκους.

Ἐὰν ἐξετάσωμεν κατόπιν γαστρεκτομῆς τὸ ἐσωτερικὸν ἑνὸς τοιούτου στομάχου, ὁ βλεννογόνος σπανίως ἐμφανίζεται ἀνέσφατος. Οὗτος εἶναι χρώματος ἐρυθροῦ, τὸ δὲ αἷμα ἀναβλύζει ἐξ ὅλης τῆς ἐπιφανείας του χωρὶς νὰ δυνάμεθα νὰ προσδιορίσωμεν ἐπακριβῶς τὴν

αίμορραγοῦσαν μοῖραν. Θὰ παρατηρήσωμεν εἴτε μικροσκοπικὰς διαβρώσεις εἴτε πολλαπλᾶ αίμορραγικά στίγματα. Ἐπιπλοῦς αἵμορραγία ὀφείλεται εἰς μίαν ἀγγειοδιαστολήν.

Συνήθως ὅμως θὰ παρατηρήσωμεν σαφεῖς ἀλλοιώσεις γαστρίτιδος: βλεννογόνος ἐρυθρός με ἐκχυμώσεις, ἐξοιδημένος, κοκκώδης, με μίαν ἢ περισσοτέρας ἐπιπολῆς ἐξελκώσεις. Ὁ Jones προβάς εἰς γαστροσκοπήσεις ἐν πλήρει γαστρορραγίᾳ παρατήρησε πολλαπλᾶς αίμορραγικὰς ἐστίας τοῦ βλεννογόνου ἄνευ ἐξελκώσεως, ἐνῶ ἢ μετὰ τινὰς ἡμέρας ἐπαναληφθεῖσα ἐξέτασις ἀπεκάλυψε τὴν ὑπαρξιν μιᾶς μεγάλης ἐπιπολῆς ἐξελκώσεως τύπου *exulceratio simplex* τοῦ Dieulafoy, τὴν ὁποίαν χαρακτηρίζει μᾶλλον ὡς ἀποτέλεσμα παρά ὡς αἷτιον τῆς αίμορραγίας, λόγω διαπιδύσεως ἢ βλεννογονίου αίμορραγίας.

Εἰς ὥρισμένης γαστρορραγίας τὸ νευροφυτικὸν σύστημα παίζει σημαντικὸν ρόλον. Πράγματι, ἐλλείψει οἰασθῆποτε ἀγγειακῆς ρήξεως, ὥρισμένη μοῖρα ἐσωτερικοῦ τινος ὄργανου δύναται νὰ κατακλυσθῇ ἀπὸ τὰ ἔμμορφα στοιχεῖα τοῦ αίματος, λόγω διαπιδύσεως τῶν ἐρυθρῶν αίμοσφαιρίων. Εἰς τὸν Reilly ὀφείλεται ἡ ἐξήγησις τῆς ἀνωμάλου ταύτης διαπερατότητος τῶν τριχοειδῶν, ἰκανῆς νὰ προκαλέσῃ ἀφθόνους αίμορραγίας, ἐάν ἢ ἐξαρτωμένη ἐξ ἐνός ἐρεθισμοῦ μοῖρα εἶναι ἐκτεταμένη. Πειραματικῶς προὐκάλεσεν ἐμφράγματα τῶν σπλάγχων καὶ αίμορραγίας τοῦ πεπτικοῦ σωλήνος δι' ἐρεθισμοῦ τοῦ σπλάγχνικοῦ. Ἡ ἐπίθεσις διαφόρων οὐσιῶν ἐπὶ τῶν κοιλιακῶν συμπαθητικῶν γαγγλίων προκαλεῖ ἀρχικῶς μίαν ἀγγειοδιαστολήν. Ἐν συνεχείᾳ, καὶ ὅταν ὁ ἐρεθισμὸς εἶναι πλέον ἔντονος, προκαλεῖται ἐξοιδησις τοῦ ἐνδοθηλίου τῶν ἀγγείων, αὔξις τῆς διαπερατότητος τῶν τριχοειδῶν, οἴδημα καὶ λευκοκυτταρικὴ διήθησις. Εἰς μεγαλύτερον ἐρεθισμὸν προκαλοῦνται αίμορραγικαὶ ρήξεις τῶν ἀγγείων καὶ νεκρώσεις τῶν κυττάρων. Ὁ Frumusan, ἐξ ἄλλου, ἐπέτυχεν ἐν συνεχείᾳ, πειραματικῶς, αίμορραγίας τοῦ στομάχου καὶ τοῦ δωδεκαδακτύλου, αὐστηρῶς ἐντετοπισμένας, ὅπως ἐκεῖναι αἱ ὁποῖαι παρατηροῦνται εἰς πάθησιν τοῦ σπληνός, διὰ τῆς ἐπαφῆς τοξικῆς οὐσίας ἐπὶ τοῦ συμπαθητικοῦ πλέγματος τῶν κλάδων τῆς σπληνικῆς ἀρτηρίας παρά τὴν πύλην τοῦ σπληνός. Ἀποδεικνύεται οὕτως, ὅτι ὥρισμένοι γαστρορραγίαὶ ὀφείλονται εἰς ἐρεθισμὸν τοῦ συμπαθητικοῦ, ἀλλὰ καὶ τῶν ἐνδογαστρικῶν αὐτονόμων νευρικῶν πλεγμάτων.

Αἱ πειραματικαὶ αὗται διαπιστώσεις δύνανται νὰ συνταυτισθοῦν πρὸς ἀντιδράσεις ὑπερευαισθησίας καὶ ἐνίοτε ἀναφυλαξίας.

Ὅταν ἐξ ἄλλου ὑπάρχη στένωσις τοῦ πυλωροῦ, ἰσχυρῶς

όποιας δημιουργείται στάσις κατά τὸ μάλλον ἢ ἥττον πλήρης, δημιουργείται λοίμωξις, προκαλοῦσα γαστρίτιδα μὲ τοπικὴν συμφόρησιν. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς ὁ γαστρικὸς βλεννογόνος ἐμφανίζει αἱμορραγικὰς στίξεις μακρὰν τῆς ἐξελκώσεως, περιέχει δὲ ποσότητα αἵματος σκοτεινοῦ χρώματος, τοῦ ὁποῦ ἡ ἀπώλεια, ἂν καὶ μικρᾶς ποσότητος, συνεχῆς ὄμωσ, ἐπιδεινώνει ἐτι περισσότερον τὴν κατάστασιν τοῦ ἀσθενοῦς τούτου.

β) **Γαστρορραγίαί ὡς μόνη ἢ ὡς πρώτη ἐκδηλώσις τῆς νόσου ἔλκος.** Ἡ αἱμορραγία δυνατὸν ν' ἀποτελῆ τὸ μόνον σύμπτωμα ἑνὸς λανθάνοντος ἔλκουσ: αἰφνιδίως, ἄνευ ἐτέρου προδρόμου σημείου, ἄνευ ἐτέρων διαταραχῶν κατὰ τὸ παρελθόν, ὁ ἄρρωστος παρουσιάζει μίαν γαστρορραγίαν, αἱματέμεσιν ἢ μέλαιναν.

Ἐνώπιον μιᾶς τοιαύτης καταστάσεως θὰ σκεφθῶμεν κατὰ πρῶτον τὸ ἔλκος. Καὶ τοῦτο διότι πιθανώτατα πρόκειται περὶ τῆς πρώτης ἐκδηλώσεως μιᾶς ἰδίας κλινικῆς μορφῆς τοῦ ἔλκουσ, τῆς αἱμορραγικῆς τοιαύτης. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς τὸ μοναδικὸν σύμπτωμα ἑνὸς λανθάνοντος ἔλκουσ, δωδεκαδακτυλικοῦ ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον, εἶναι ἡ γαστρορραγία. Κατὰ τὸν Balfour τὸ ποσοστὸν τῶν τοιούτων αἱμορραγικῶν ἔλκων ἀνέρχεται εἰς 8%.

Ἡ διάγνωσις εἶναι δυσχερῆς ἐλλείψει κάθε ἱστορικοῦ, ἐλλείψει κάθε πόνου. Ἐπερχομένη κατὰ τὴν ἀρχὴν μιᾶς περιόδου ἡ γαστρορραγία ἐξαφανίζει, «ἀποκεφαλίζει» οὕτως εἰπεῖν, τὴν ἐπώδυνον κρίσιν, ἥτις δὲν προλαμβάνει τοιουτοτρόπως νὰ ἐκδηλωθῆ.

Ἄλλὰ καὶ ἀκτινολογικῶς ἐὰν ἐξετασθῆ ὁ ἄρρωστος οὗτος ἀρκετὰς ἡμέρας μετὰ τὴν γαστρορραγίαν, κάθε σημεῖον ἔχει ἐξαφανισθῆ εἰς τὰ πρόσφατα καὶ μὴ ἔχοντα ὑποστῆ σκληρυντικὰς ἀλλοιώσεις ἔλκη.

Παρουσία ἐπομένως μιᾶς πρώτης γαστρορραγίας, ἄνευ ἱστορικοῦ, δὲν δυνάμεθα νὰ βεβαιώσωμεν ἢ ν' ἀποκλείσωμεν τὸ ἔλκος.

Δυνάμεθα ὄμως νὰ σκεφθῶμεν τὸ ἔλκος, ὅταν αἱ γαστρορραγίαὶ αὗται ἐπαναλαμβάνωνται περιοδικῶς. Πράγματι, τὰ αἱμορραγικῆς μορφῆς ἔλκη, ἰδίως τὰ τοῦ δωδεκαδακτύλου, ἔχουν καὶ αὐτὰ τὸν κοινὸν χαρακτήρα τοῦ ἐλκωτικοῦ συνδρόμου τῆς ὑποτροπῆς κατὰ περιόδους ὑπὸ μορφήν, εἰς τὴν περίπτωσιν ταύτην, αἱμορραγιῶν. Ὁ ἄρρωστος ἐμφανίζει περιόδους αἱμορραγιῶν, χωριζομένας ἀλλήλων ὑπὸ περιόδων ἀσυμπτωματικῶν, διαρκείας πολλῶν μηνῶν ἢ καὶ ἐτῶν. Δέον ὄμως νὰ σημειωθῆ, ὅτι μίαν γαστρορραγίαν δύναται, μετὰ

πάροδον ώρισμένου χρονικοῦ διαστήματος, ν' αντικατασταθῆ ἀπό μίαν τυπικὴν περίοδον πόνων.

Εἰς τὰς ἐπαναλαμβανόμενας γαστρορραγίας, λόγω τῆς δημιουργίας σκληρυντικῶν ἀλλοιώσεων, δυνατόν ν' ἀνευρεθῆ ἀκτινολογικῶς τὸ ἔλκος.

Ἐάν ὁ ἄρρωστος χειρουργηθῆ, δυνατόν νὰ παρατηρηθῆ εἰς τὸ ἔξω τοίχωμα μία ἀστεροειδῆς κηλὶς ἢ μία οὐλὴ καὶ τὸ ἔλκος εἰς τὸ ἐσωτερικόν. Δυνατόν ὅμως τὸ ἔσω τοίχωμα οὐδεμίαν νὰ παρουσιάσῃ ἀλλοίωσιν, ὅπως ἐπίσης εἶναι δυνατόν ν' ἀπουσιάσῃ κάθε μακροσκοπικὴ ἀλλοίωσις. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς, ἐάν ὁ χειρουργὸς δὲν προβῆ εἰς τὴν γαστρεκτομήν, τὸ ἔλκος ὑποτροπιάζει μετὰ ώρισμένον χρονικόν διάστημα καὶ πιθανόν ὑπὸ μορφῆν εἴτε γαστρορραγίας εἴτε διατρήσεως.

ΠΡΟΓΝΩΣΙΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΓΑΣΤΡΟΡΡΑΓΙΩΝ ΕΞ ΕΛΚΟΥΣ

α') **Πρόγνωσις.** Ἡ θνησιμότης ἐκ γαστρορραγίας λόγω ἔλκους παρουσιάζει στατιστικὰς διαφοράς, αἱ ὁποῖαι ὀφείλονται ἀναμφισβητήτως εἰς τὸ διάφορον ἔξετασθὲν ὑλικόν. Οὕτως αἱ στατιστικαὶ τῶν νοσοκομείων, ὅπου συνήθως μεταφέρονται αἱ βαρεῖαι περιπτώσεις, εἶναι σχετικῶς ὕψηλαί. Τοῦναντίον, στατιστικαὶ ἀφορῶσαι ἀσθενεῖς ἰατρείων ἢ ἰδιωτικῆς πελατείας ἐμφανίζουν χαμηλὴν θνησιμότητα.

Χαρακτηριστικὴ τοῦ γεγονότος τούτου εἶναι μία ἔρευνα ἣτις ἐγένετο ἐν Μεγάλῃ Βρετανίᾳ. Ἠρωτήθησαν 22 γνωστοὶ ἰατροὶ τῆς χώρας ταύτης ἐπὶ τῆς θνησιμότητος ἐκ γαστρορραγίας εἰς ἔλκοπαθεῖς τῆς ἰδιωτικῆς τῶν πελατείας: ἐπὶ 525 περιπτώσεων αἱματεμέσεων ἢ μελαίνης ἀπεβίωσαν 8, ἥτοι 1,5%. Εἰς τὰ Νοσοκομεῖα ἀντιθέτως, ὅπου εἰσέρχονται βαρεῖαι περιπτώσεις, τὸ ποσοστὸν κυμαίνεται ἀπὸ 5—25%.

Ἡμεῖς ἐν τῇ Κλινικῇ, ἐκ μιᾶς ἐρεύνης τῶν ἱστορικῶν μιᾶς διετίας, ἀνευρίσκομεν 60 γαστρορραγίας, ἐκ τῶν ὁποίων αἱ 37 ὀφείλοντο εἰς ἔλκη, μετ' οὐδένα θάνατον, ἐνῶ ἀντιθέτως αἱ γαστρορραγαὶ ἄλλης φύσεως, σπληνικῆς κ.λ.π., παρουσίασαν μεγάλην θνησιμότητα.

Ἡ πρόγνωσις μιᾶς γαστρορραγίας ἐξαρτᾶται ἐκ πολλῶν παραγόντων:

—Ἡ ἡλικία ἐνέχει μεγάλην σημασίαν. Οὕτως ὁ Bockus, ἐπὶ 24 ἄρρώστων ἡλικίας κάτω τῶν 40 ἐτῶν, ἔσχεν ἓνα θάνατον (4%) ἐνῶ ἐπὶ 48 ἄρρώστων ἄνω τῶν 40 ἐτῶν ἔσχεν 7 θανάτους (15%). Ὁ

Blackford ἐπὶ 160 θανάτων σημειώνει 97% εἰς ἄτομα ἡλικίας ἄνω τῶν 45 ἐτῶν, ἐκ τῶν ὁποίων εἰς 76% ἡ γαστρορραγία ἐνεφανίσθη διὰ πρώτην φοράν, τὸ δὲ 16% ἀφεώρα γυναῖκας. Ἀποδεικνύεται οὕτως, ὅτι τὸ μεγαλύτερον ποσοστὸν θνησιμότητος παρατηρεῖται κατὰ τὴν πρώτην αἱμορραγίαν, εἶναι δὲ κατὰ πολὺ μικρότερον εἰς τοὺς ἔλκοπαθεῖς, οἵτινες παρουσιάζουν τὴν δευτέραν, τρίτην ἢ καὶ πολλοστήν γαστρορραγίαν. Ἐπίσης ἡ θνησιμότης εἶναι κατὰ πολὺ μεγαλύτερα εἰς τὰ ἔχοντα ὑπερβῆ τὸ 45ον ἔτος τῆς ἡλικίας των ἄτομα.

Ἡ ἐπανάληψις τῆς γαστρορραγίας ἐντὸς ὀλίγου χρονικοῦ διαστήματος ἐπηρεάζει τὴν πρόγνωσιν. Ἐάν μετὰ τὴν ἀρχικὴν γαστρορραγίαν ἐπέλθῃ καὶ δευτέρα τοιαύτη ἐντὸς 24 ὥρων, ἡ θνησιμότης ἀνέρχεται εἰς 70—80%.

— Πτώσις τῶν ἐρυθρῶν αἰμοσφαιρίων κάτω τῶν 2.500.000 ἐπισκιάζει ἐπίσης τὴν πρόγνωσιν.

— Ἡ συνεχὴς ἀνύψωσις τῆς μεθαιμορραγικῆς ἀζωθαιμίας ἀποτελεῖ ὡσαύτως δυσμενῆ παράγοντα.

— Ἡ ταχυκαρδία, ἡ πτώσις τῆς ἀρτηριακῆς πιέσεως, τοῦ αἵματος κρίτου, τῆς αἰμοσφαιρίνης καὶ τῶν λευκωμάτων τοῦ αἵματος δὲν ἔχουν ἄμεσον προγνωστικὴν ἀξίαν, λόγῳ τῆς ἀντανεκλαστικῆς ἀγυγιοσυστολῆς καὶ τῆς κινητοποιήσεως τῶν αἰμοσφαιρίων. Ἡ συνεχὴς ὁμῶς διαπίστωσις τῶν ἀνωμολιῶν τούτων δίδει λίαν πιστὴν εἰκόνα τῆς σοβαρότητος τῆς αἱμορραγίας.

Ἡ ἐξέλιξις μιᾶς γαστρορραγίας ποικίλλει κλινικῶς. Ἄλλοτε πρόκειται περὶ μεγάλης εἰς ποσότητα, ἀλλὰ μὴ ἐπαναλαμβανομένης αἱμορραγίας, μετὰ ταχυτάτην καὶ καλὴν ἐξέλιξιν. Ἄλλοτε πάλιν ἡ αἱμορραγία εἶναι ἀθόρυβος, οὕτως εἶπεῖν, ἀλλὰ συνεχῆς ἢ ὑποτροπιάζουσα, θέτουσα εἰς ἄμεσον κίνδυνον τὴν ζωὴν ἐνὸς ἤδη αἱμορραγῆσαντος ἀρρώστου. Ἄλλοτε πάλιν ἐπαναλαμβάνεται ὑπὸ μορφὴν μεγάλης αἱμορραγίας, μετὰ τινος ἡμέρας ἀπὸ τῆς πρώτης καὶ ἐν πλήρει φαινομενικῇ ἰάσει. Σημειωτέον ὅτι ὁ θάνατος δύναται νὰ ἐπέλθῃ ἀκόμη καὶ ὅταν ὁ ὄγκος τοῦ αἵματος εὕρισκεται εἰς συμβατὰ ὅρια μετὰ τὴν ζωὴν.

Μία αἱμορραγία ἐξ ἔλκους δυνατόν νὰ παρουσιάσῃ ὠρισμένης ἰδίας, ἂν καὶ σπανίας, κλινικὰς εἰκόνας.

— Οὕτω δυνατόν νὰ συνυπάρξῃ μετὰ μιαν διατήρησιν, ἂν κοί συνήθως διατηραῖνται τὰ ἔλκη τῆς προσθίας ἐπιφανείας τοῦ βολβοῦ καὶ αἱμορραγοῦν τὰ τῆς ὀπισθίας.

— Ἡ αἱμορραγία δυνατόν ν' ἀποτελῇ τὸ πρῶτον σημεῖον ἐνὸς πεπτικοῦ ἔλκους, νὰ ὀφείλεται δὲ εἴτε εἰς συνυπάρχουσαν φλε-

γμονήν τῆς νήστεως, εἴτε εἰς διάβρωσιν ἑνὸς ἀγγείου τοῦ μεσοκόλου, ὁπότε εἶναι κεραυνοβόλος.

— Τέλος, θὰ πρέπει νὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν τὰς μετεγχειρητικὰς αἱμορραγίας, λίαν σοβαρᾶς προγνώσεως.

β) **Θεραπεία.** Ἐνώπιον μεγάλης ἰδίως γαστρορραγίας, ἡ εὐθύνη τὴν ὁποῖαν ἀναλαμβάνει ὁ ἰατρός εἶναι μεγίστη. Καὶ τοῦτο διότι ὑπάρχουν δύο Σχολαὶ ἐρίζουσαι περὶ τὴν τηρητέαν ἀγωγήν. Ὑπάρχει πρῶτον ἡ Σχολὴ τοῦ Finsterer, ἡ ὁποία συστηματικῶς συνιστᾷ τὴν ἄμεσον χειρουργικὴν ἐπέμβασιν. Πρὸς δικαιολογίαν ὑποστηρίζουν, ὅτι τὸ συχνότερον αἷτιον μιᾶς γαστρορραγίας εἶναι τὸ γαστροδωδεκαδακτυλικὸν ἔλκος καὶ ὅτι ἡ ἀφθονος εἰς ποσότητα αἱμορραγία ὀφείλεται εἰς διάβρωσιν μεγάλης ἢ μικρᾶς ἀρτηρίας, ὁπότε ἀπαιτεῖται ἡ ἄμεσος γαστρεκτομή. Ὁ Finsterer χειρουργεῖ κατὰ τὰς πρῶτας ὥρας ἀπὸ τῆς εἰσαγωγῆς των εἰς τὸ Νοσοκομεῖον ὄλους τοὺς ἀρρώστους, τοὺς ἔχοντας ἀναμνηστικὸν ἔλκος. Ὅταν δὲν ὑπάρχη ἀναμνηστικὸν καὶ δὲν εἶναι ἐμφανὲς ὡς αἷτιον ἐν ἡπατοσπληνικὸν σύνδρομον ἢ μία αἱμορραγικὴ διάθεσις, προβαίνει κατὰ τὸ πρῶτον 24ωρον εἰς μενάλας μεταγγίσεις. Ἐάν ἡ αἱμορραγία συνεχίζεται χειρουργεῖ ἀμέσως. Ἐπὶ 1000 καὶ πλέον χειρουργηθεισῶν περιπτώσεων ἡ θνησιμότης ἀνῆλθεν εἰς 5,7%, ἐνῶ κατόπιν ἀναμονῆς δύο ἡμερῶν ἡ θνησιμότης ἀνῆλθεν εἰς 30%.

Ἄλλά, ὅπως ὀρθῶς παρατηρεῖ καὶ ὁ Guimann, τὸ θέμα δὲν ἔγκειται εἰς τὸ νὰ προσκομίσῃ τις μίαν στατιστικὴν ἀρρώστων, οἵτινες λόγῳ γαστρορραγίας ὑπέστησαν γαστρεκτομὴν καὶ δὲν αἱμορραγοῦν πλέον. Τὸ ἐνδιαφέρον ἔγκειται εἰς τὸ νὰ γνωρίζωμεν, ἐάν οἱ ἄρρωστοὶ αὐτοὶ δὲν θὰ ἔπαυον νὰ αἱμορραγοῦν καὶ χωρὶς νὰ χειρουργηθοῦν ἢ, ἐάν ὑπάρχη ὁπωσδήποτε λόγος νὰ χειρουργηθοῦν, νὰ συντελεσθῇ τοῦτο πολὺ ἀργότερον, ὑπὸ πλέον εὐνοϊκοῦς ὁρους, μὲ σαφῆ διάγνωσιν καὶ κυρίως ἐν «ψυχρῶ».

Ἡ ἀγωγή αὕτη τῆς ἀμέσου ἐπεμβάσεως δύναται ἐξ ἄλλου νὰ ἔχη βαρείας συνεπειάς. Διότι, ποία θὰ εἶναι ἡ στάσις τοῦ χειρουργοῦ, ὅταν κατόπιν μιᾶς ἐπιμελοῦς ἐρεύνης, μιᾶς γαστροστομίας, δὲν ἀνευρίσκειται ἔλκος, δὲν ἀνευρίσκειται ἡ πηγὴ τῆς αἱμορραγίας; Ἐλάχιστοι ἀρκοῦνται εἰς ἀπλὴν ἀπολίνωσιν τῶν ἀγγείων καὶ οὕτω πολλαὶ γαστρεκτομαὶ ἐγένοντο ἀσκόπως διὰ μίαν σίμορραγικὴν γαστρίτιδα, διὰ μίαν ἀπλὴν ἀγγειοδιαστολὴν ἢ μίαν διάβρωσιν τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου. Ὁ Bockus ἀναφέρει διαφόρους τοιαύτας χαρακτηριστικὰς περιπτώσεις, μεταξὺ τῶν ὁποίων μίαν, εἰς τὴν ὁποῖαν ἐγένετο γαστρεκτομὴ ἐν πλήρει γαστρορραγίᾳ. Τὸ ἔκταμὲν τμήμα

τοῦ στομάχου παρουσίαζε διάχυτον αιμορραγίαν τοῦ βλεννογόνου. Ὁ ἄρρωστος οὗτος ἀπεβίωσε μετὰ 48 ὥρας λόγῳ τῆς συνεχιζομένης αιμορραγίας τοῦ κολοβώματος.

Τὸ πρόβλημα διαφέρει, ὅταν πρόκειται νὰ σώσωμεν *in extremis* ἄρρωστον, εἰς τὸν ὁποῖον ἀπέτυχεν ἡ φαρμακευτικὴ θεραπεία. Τότε λαμβάνει χώραν μίαν ταχυτάτην ἐπέμβασιν, μὲ προσπάθειαν ἀνακαλύψεως καὶ ἀφαιρέσεως ἑνὸς ἔλκους. Ἡ θνησιμότης εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς ὑπερβαίνει τὸ 40 %.

Τελευταίως ἡ ἀγωγή τῶν χειρουργῶν εἶναι μᾶλλον «ἐκλεκτικὴ». Χειρουργοὺν ἀμέσως τὰ ἤδη γνωστὰ ἐξ ἄλλων ἐξετάσεων παλαιὰ καὶ διατιτραίνοντα ἔλκη. Ἄλλοι χειρουργοὺν τοὺς ἔχοντας ὑπερβῆ τὸ 42ον ἔτος τῆς ἡλικίας των, ἐνῶ ἄλλοι παρακολουθοῦν τὴν ἐξέλιξιν τῆς γαστρορραγίας.

Καὶ αὐταὶ αἱ στατιστικαὶ ἀλληλοσυγκρούονται. Οὕτως ὁ Meulen-gracht, ἄνευ χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως καὶ μὲ χορήγησιν ἀμέσως τροφῆς εἰς τοὺς ἄρρώστους, κατεβίβασε τὸ ποσοστὸν θνησιμότητος σχεδὸν εἰς τὸ ἐλάχιστον (2,5 %).

Παρουσία ἐπομένως μιᾶς γαστρορραγίας ὁ ἄρρωστος θὰ ἐξετασθῆ προσεκτικῶς, θὰ ἐρευνηθῆ ἢ τυχόν συνύπαρξις μιᾶς διατρήσεως καὶ θὰ ἐρευνηθῆ τὸ ἱστορικόν, ἰδίως ἀπὸ τὸ περιβάλλον τοῦ ἄρρώστου.

— Λήψις ἀνά ἡμίωρον τῆς ἀρτηριακῆς πιέσεως καὶ τῶν σφύξεων.

— Τὰ γνωστὰ κλασσικὰ αἰμοστατικά δὲν χρησιμοποιοῦνται πλέον, ὡς τελειῶς ἄχρηστα. Δυνατὸν νὰ χρησιμοποιηθῆ ἡ θρομβίνη ἀπὸ τοῦ στόματος κατὰ δόσεις ἢ συνεχῶς διὰ καθετήρος, ἐν συνδυασμῷ μετὰ πλύσεων τοῦ στομάχου.

Ἡ κύστις πάγου δὲν εἶναι καὶ ἀπαραίτητος, ἐνίοτε ψύχει ἔτι περισσότερον τὸν ἄρρωστον. Ἡ μόνη χρησιμότης τῆς ἔγκειται εἰς τὸ νὰ ἐμποδίζῃ τὰς κινήσεις τοῦ ἄρρώστου.

Ἡ κλασσικὴ χορήγησις τῆς μορφίνης δέον νὰ καταργηθῆ, διότι ἀυξάνει τὰς περισταλτικὰς κινήσεις τοῦ στομάχου, προκαλοῦσα τοιοῦτοτρόπως ἐμέτους, ἀλλὰ καὶ δυνατὸν ἢ γαστρορραγία νὰ ὀφείλεται εἰς κίρρωσιν τοῦ ἥπατος, ὅποιοι τὸ ἀλκαλοειδὲς τοῦτο δυσκόλως ἐξουδετεροῦται.

— Ἄμεσος προσδιορισμὸς τῆς ομάδος τοῦ αἵματος τοῦ ἄρρώστου ἀλλὰ καὶ αὐτῶν τῶν συγγενῶν του, πιθανῶν αἰμοδοτῶν.

— Ἡ μετάγγισις αἵματος ἔχει πλέον σήμερον καταστῆ κοινὸν κτῆμα ὄλων τῶν ἰατρῶν, λόγῳ τῆς αἰμοστάσεως, ἀλλὰ καὶ ἐπανορθώσεως τὴν ὁποίαν ἐπιφέρει. Εἰς τὰς περισσοτέρας τῶν περιπτώσεων δὲν εἶναι ἀπαραίτητος. Θὰ τὴν χρησιμοποιήσωμεν κυρίως πρὸς κατα-

πολέμησιν τοῦ αἱμορραγικοῦ χος, θά θεωρήσωμεν δὲ ὡς κριτήριον ἀμέσου μεταγγίσεως μίαν ἐκ τῶν κάτωθι προϋποθέσεων:

- Σφύξεις ἄνω τῶν 140 κατὰ 1'.
- Πτώσιν τῆς συστολικῆς πιέσεως κάτω τῶν 90 χιλ. Hg.
- Μειώσιν τῆς αἰμοσφαιρίνης κάτω τῶν 40%.
- Πτώσιν τῶν ἐρυθρῶν κάτω τῶν 2.000.000.
- Αὔξησιν τῆς οὐρίας ἐν τῷ αἵματι ἄνω τοῦ ἐνός γραμμαρίου.

Σημειώτεον ὅτι εἰς περίπτωσιν χος, ἐκδηλουμένου διὰ τῆς αὐξήσεως τοῦ ἀριθμοῦ τῶν σφύξεων καὶ τῆς πτώσεως τῆς ἀρτηριακῆς πιέσεως, δεόν νά γίνῃ μεταγγις αἵματος, παρά τὸ γεγονός ὅτι ἡ αἰμοσφαιρίνη καὶ τὰ ἐρυθρὰ αἰμοσφαίρια δὲν ἔχουν ἐλαττωθῆ ἢ εἶναι καὶ ηῤξημένα, λόγῳ τῆς ἐκ τῆς ἀπωλείας τοῦ ὄγκου τοῦ αἵματος παρατηρουμένης πυκνώσεως.

— Οἱ κίνδυνοι ἀντιδράσεως εἶναι ἐλάχιστοι, ἐὰν ἔχη προηγηθῆ ἐπακριβῆς καθορισμὸς τῶν ὁμάδων τοῦ αἵματος, οἱ δὲ κίνδυνοι ἀποσπάσεως τοῦ αἰμοστατικοῦ ἡλου λόγῳ αὐξήσεως τῆς ἀρτηριακῆς πιέσεως εἶναι καὶ αὐτοὶ ἐλάχιστοι.

— Collapsus τῶν ἀγγείων, ὅπερ προκαλεῖται λόγῳ γαστρορραγίας ἐκ τῆς ἀποτόμου πτώσεως τοῦ ὄγκου τοῦ αἵματος, ἀποτελεῖ σημαντικὸν παράγοντα ἐπιτρέποντα τὴν πῆξιν. Ὡς ἐκ τούτου μετάγγις αἵματος θά γίνῃ ἐὰν καὶ ἐφ' ὅσον ὑπάρχουν αἱ ἄνω ἐκτεθεῖσαι προϋποθέσεις, ὁπότε ὁμως αὕτη σῶζει τὴν ζωὴν τοῦ ἀρρώστου. Ἡ μετάγγις ἐνδείκνυται κυρίως εἰς τὰς περιπτώσεις εἰς τὰς ὁποίας εἴτε συνεχίζεται ἡ γαστρορραγία εἴτε ὑποτροπιάζει τὸ ἐπόμενον 24ωρον, ἰδίως εἰς τὰ ἡλικιωμένα ἄτομα.

— Ἡ ποσότης τοῦ χορηγηθησομένου αἵματος δὲν πρέπει νά εἶναι μεγάλη, 200—300 κ. ἐκ. στάγδην καὶ ἐνδοφλεβίως. Ἡ ποσότης καὶ ἡ ταχύτης τῆς μεταγγίσεως θά αὐξηθοῦν, ὅταν βεβαιωθῶμεν ὅτι ἡ αἱμορραγία ἔχει παύσει. Χάρις εἰς τὰς μεταγγίσεις αὐτὰς ἡ θνησιμότης ἐκ γαστρορραγίας λόγῳ ἔλκους ἔχει κατέλθει εἰς τὸ ἐλάχιστον δυνατὸν ποσοστὸν.

— Ἡ καρδιοτόνωσις ἐπίσης δὲν συνιστᾶται εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς.

— Ἐὰν ὑποπτευώμεθα αἱμορραγικὴν διάθεσιν, ἐλλείψει προχείρου αἵματος δυνάμεθα νά προβῶμεν εἰς τὴν ἐνδομυϊκὴν χορήγησιν 10—30 κ. ἐκ. αἵματος ἐνός ἐκ τοῦ περιβάλλοντος τοῦ ἀρρώστου.

— Ἐὰν ἡ γαστρορραγία συνοδεύεται καὶ ὑπὸ ἡπατικῆς νόσου ἢ ὑπὸ μεγαλοσπληνίας, ἐνδείκνυται ἡ σύγχρονος χορήγησις βιταμίνης K, ἀνά 4-8 ὥρας, μέχρις ἀνυψώσεως τῆς προθρομβίνης.

Ὅσον ἀφορᾷ τὴν διαιτητικὴν ἀγωγήν, ἀκολουθοῦμεν τὴν ὑπὸ

τοῦ Meulengracht προταθεῖσαν μέθοδον, ἥτις ἔδωσεν ἄριστα μέχρι τοῦδε ἀποτελέσματα. Οὗτος ὑποστηρίζει, ὀρθῶς, ὅτι ἡ αἰμόστασις δὲν εὐνοεῖται εἰς κενὸν στόμαχον, με ἀφθόνους ἐκκρίσεις, με πύγματα αἵματος καὶ ἐντόνους περισταλτικὰς κινήσεις. Ὡς ἐκ τούτου χορηγεῖ ἀμέσως τροφήν, ἀποφεύγων τοιουτοτρόπως τὴν ταχέως ἐπερχομένην ἀθρεψίαν. Εἴτε εὐθὺς ἀμέσως μετὰ τὴν ἔναρξιν τῆς γαστρορραγίας, εἴτε, ὅπως ἡμεῖς, 24 ὥρας μετὰ ταύτην, χορηγοῦνται ἀνά 3 ὥρον μικρὰ γεύματα. Ταῦτα περιλαμβάνουν κρέμες ἐκ γάλακτος, κομπόστες, ἀλεσμένον κρέας, γεώμηλα, με ἄφθονα ὑγρά —γάλα καὶ τέτον—, οὕτως ὥστε ὁ ἄρρωστος νὰ λάβῃ 2300 θερμίδας ἡμερησίως. Τὰ ἀποτελέσματα τῆς μεθόδου ταύτης εἶναι καταπληκτικά, ἐντὸς δ' ἐλαχίστων ἡμερῶν οἱ ἄρρωστοὶ ἐγείρονται τῆς κλίνης τῶν ἄνευ προσβολῆς τῆς γενικῆς καταστάσεώς τῶν.

II. ΓΑΣΤΡΟΡΡΑΓΙΑΙ ΕΚ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΟΣ ἢ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΤΙΔΟΣ

α) Γαστρίτιδες: Ἡ ἐν ἐκτάσει μελέτη τῶν γαστρίτιδων εἶναι ἀδύνατος εἰς τὸ παρὸν κεφάλαιον δεδομένου ὅτι θὰ πρέπη νὰ περιλαμβάνῃ ὁλόκληρον τὴν παθολογίαν ἢ δὲ ἔστω καὶ ἀπλῆ ἀπαρίθμησις τῶν διαφόρων θεωριῶν θὰ ἦτο ἀτελής.

Ὑπενθυμίζομεν ὅμως ὅτι, ὅταν ἔν ὄργανον, ὅπως ὁ στόμαχος, δέχεται καθημερινῶς καὶ ἐπὶ ἔτη ποικιλίαν τροφῶν ὑπὸ οἰανδήποτε κατάστασιν, ποικιλίαν ὑγρῶν καυστικῶν ἢ μὴ, ποικίλα φάρμακα κλπ., μοιραῖον εἶναι νὰ προσβληθῇ. Ὡς ἐκ τούτου ἐνοχλήματα, εἰς τὰ ὁποῖα δὲν εἶναι δυνατὸν νὰ δοθῇ μία ἐξήγησις, ἀποδίδονται εἰς χρονίαν γαστρίτιδα, δηλαδὴ εἰς μίαν φλεγμονώδη νόσον τοῦ στομάχου, με ἴδιαν μακροσκοπικὴν καὶ μικροσκοπικὴν εἰκόνα. Πολλοὶ ὅμως τοιαῦται εἰκόνας δὲν ἀντιπροσωπεύουν τὰς πραγματικὰς ἀλλοιώσεις, ἀλλὰ ὀφείλονται εἰς τὴν ταχεῖαν αὐτοπεψίαν τοῦ στομάχου, ἥτις ἄρχεται εὐθὺς μετὰ τὸν θάνατον. Προσφάτως ὅμως, χάρις εἰς τὰς βιοψίας, χάρις εἰς τὴν γαστροσκόπησιν, δυνάμεθα νὰ ἔχωμεν μίαν καὶ πλήρη πραγματικὴν παθολογοανατομικὴν εἰκόνα ταύτης.

Ἄλλὰ καὶ αὐτὴ ἡ ταξινόμησις τῶν γαστρίτιδων ποικίλλει ἀναλόγως τῶν συγγραφέων καὶ ἀναλόγως τῆς θέσεως ἣν λαμβάνει ἕκαστος. Οὕτως ἀναλόγως τῶν παθολογοανατομικῶν εὐρημάτων περιγράφουν μίαν γαστρίτιδα ὡς ὑπερτροφικὴν, ὡς ἀτροφικὴν ἢ ὡς ἐλκώδη. Ἀνάλογα με τὸν χημισμὸν τὰς διαιροῦν εἰς ὑπερχλωρυδρικές ἢ ἀχυλικὰς.

Ὁ Schindler, βάσει γαστροσκοπικῶν παρατηρήσεων, διαιρεῖ τὴν χρονίαν γαστρίτιδα εἰς δύο διαφόρους ὀντότητας: α) τὴν χρο-

νίαν έπιπολής άτροφικήν γαστρίτιδα και β) τήν χρονίαν ύπερτροφικήν γαστρίτιδα.

Είς τήν χρονίαν έπιπολής — άτροφικήν γαστρίτιδα παρατηρούνται άλλοιώσεις προσβάλλουσαι μόνον τά έπιπολής στρώματα τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου μέ συχνοτάτην συνύπαρξιν φλεγμονωδών άτροφικῶν άλλοιώσεων έντός τοῦ στομάχου. Αί έπιπολής άλλοιώσεις δυνατὸν νά μεταπέσουν έν συνεχείᾳ είς άτροφικάς τοιαύτας.

Είς τήν έπιπολής γαστρίτιδα παρατηρεῖται ύπεραιμία τοῦ βλεννογόνου μετά οίδηματος, ιστολογικῶς δέ οίδημα μεταξύ τῶν ἀδένων, συσσώρευσις πλασματοκυττάρων, διαπίδουσις έρυθρῶν αἰμοσφαιρίων, έπιπολής διαβρώσεις και καταρροϊκαί άλλοιώσεις τῶν κυττάρων τοῦ έπιθηλίου. Είς τήν ύπερτροφικήν γαστρίτιδα θά παρατηρήσωμεν μετρίαν έξοίδησιν τοῦ βλεννογόνου, αἱμορραγίας και έπιπολής έξελκώσεις. Ὁ σχηματισμὸς ψευδοόγκων δέν εἶναι σπάνιος και είς τὰς δύο μορφάς.

Δέον ὅμως νά σημειωθῆ, ὅτι ὄχι μόνον ἡ συχνότης μιᾶς γαστρίτιδος αλλά και ἡ εὐθύνη της ὡς άποκλειστικοῦ αἰτίου ὠρισμένων κλινικῶν έκδηλώσεων έχει μᾶλλον ύπερτιμηθῆ. Οὕτω παρὰ τὰς διαφόρους ταξινομήσεις, κλινικάς, άκτινολογικάς, χημικάς, ιστολογικάς, γαστροσκοπικάς, δέν δυνάμεθα βάσει μόνον τῶν κλινικῶν έκδηλώσεων νά προείπωμεν ποίαν γαστροσκοπικήν εἰκόνα θά άνεύρωμεν ἢ και άντιθέτως, ὡς και ποῖον χημισμόν θά ἔχωμεν είς τήν περίπτωσιν ταύτην. Ἐκτεταμέναί άλλοιώσεις τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου, γαστροσκοπικῶς διαπιστωθεῖσαι, δυνατὸν νά μή ἔχουν καμμίαν άπολύτως κλινικήν έκδήλωσιν, ένῶ ἄλλαι μέ έκδηλα κλινικά συμπτώματα ἔχουν γαστροσκοπικῶς βλεννογόνον φυσιολογικόν.

Αἰτιολογία: Τά αἷτια μιᾶς γαστρίτιδος εἶναι ποικίλα, συχνά, καθημερινά.

1) **Μηχανικά αἷτια:** Κακή και άτελής μάσησις τῶν τροφῶν μέ άποτέλεσμα περιωρισμένην, άρχικῶς, προσβολήν τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου, ἥτις σὺν τῷ χρόνῳ έπεκτείνεται: γαστρίτις τῶν άνευ ὀδόντων, τῶν ταχυφάγων,

— Κατάποσις φαγητῶν λίαν θερμῶν ἢ λίαν ψυχρῶν.

2) **Τοξικά αἷτια:** Ἐξωγενῆ ἢ ένδογενῆ.

α) Ἐξωγενῆ: Ἡ κατάχρησις οἴνοπνεύματος δυνατὸν νά προκαλέσῃ γαστρίτιδα, άν και πολλοί άλκοολικοί ἔχουν φυσιολογικόν γαστρικόν βλεννογόνον. Τὸ κάπνισμα, ιδίως μέ κενὸν στόμαχον, δύναται νά ὀδηγήσῃ πρὸς τήν χρονίαν γαστρίτιδα.

— Διάφορα φάρμακα, ιδίως ή άσπιρίνη, αί σουλφοναμίδαι, τó Ιτεύλικόν όξύ, όπως επίσης και ή κατάχρησις διαφόρων ύπακτικών λεγομένων φαρμάκων.

— Δέον επίσης νά έχωμεν ύπ' όψιν, ότι ή άκτινοβολία δι' άκτίων Χ δύναται νά προκαλέση μίαν έπιπολής ή μίαν άτροφικήν γαστρίτιδα.

β) Ένδογενή: Χρόνια νεφρίτιδες, έγκαύματα, απέκκρισις παρεντερικώς χορηγουμένων φαρμάκων, άτινα αποβάλλονται διά τοϋ γαστρικού βλεννογόνου τόν όποιον και τραυματίζουν (χρυσός, βισμούθιον, άρσενικόν, ύδράργυρος κ.λ.π.).

3) Λοιμώδη αίτια: Μία λοίμωξις παίζει σπουδαίον ρόλον εις τήν δημιουργίαν γαστρίτιδος. Ούτω νόσοι μικροβιακά ή όφειλόμεναι εις γνωστόν διηθητόν ίόν, όπως τυφοειδής πυρετός, γρίπη, όστρακιά, έχουν σημαντικάς έκδηλώσεις έκ τοϋ στομάχου.

— Ό γαστρικός βλεννογόνος δύναται επίσης νά προσβληθί από λοιμώξεις τών άνωτέρων αναπνευστικών όδών, από πυώδη ρινοφαρυγγίτιδα, από οϋλίτιδα, από χρονίαν άμυγαλίτιδα, από χρονίαν παθήσεις τών όδόντων.

— Το έντερον επίσης παίζει σημαντικώτατον ρόλον. Αί διάφοροι έντερίτιδες προκαλοϋν τοξικάς λοιμώδεις άπορροφήσεις, αίτινες τραυματίζουν τόν γαστρικόν βλεννογόνον.

— Κλασσικόν ρόλον παίζει και τό παχύ έντερον, ιδίως τό δεξιόν κώλον. Εις τάς χρονίαν δυσκοιλιότητάς, εις μίαν στάσιν τοϋ τυφλοϋ μέ διαρροϊκά ένιοτε έπεισόδια, συντελείται μεγάλη άπορρόφησις τοξινών, συχνότατα δέ ή θεραπεία τής έντερικής ταύτης καταστάσεως έξαφανίζει τάς έκ τοϋ στομάχου έκδηλώσεις. Γνωρίζομεν επίσης ότι μία χρονία σκωληκοειδίτις προκαλεί ή και έχει ως μόνην έκδήλωσιν φαινόμενα έκ τοϋ στομάχου.

— Αί λοιμώξεις γειτονικών όργάνων μεταδιδόμεναι διά τής λεμφατικής όδοϋ έπιδροϋν άμέσως έπί τοϋ στομάχου. Ούτως έξηγούνται και αί γαστροδωδεκαδακτυλίτιδες τών διαφόρων χολοκυστοπαθειών.

* * *

Μία χρονία άτροφική γαστρίτις άνευρίσκεται εις διαφόρους στερητικές καταστάσεις, ιδίως εις άβιταμινώσεις Ικανάς νά προκαλέσουν μεγάλας γαστροραγίας.

— Αί άλλεργικαί άντιδράσεις προκαλοϋν ώσαύτως μεγάλας άλλοιώσεις τοϋ γαστρικού βλεννογόνου, ως επίσης και αιμόρραγικήν γαστρίτιδα,

—Εἰς τὴν κακοήθη ἀναιμίαν, καθ' ἣν ἐλλεῖπει ὁ παράγων τοῦ Castle, ἡ ἀτροφικὴ γαστρίτις εἶναι συνήθης, ὅπως καὶ εἰς περίπτωσιν σιδηροπενίας, ὡς ἡ ἀνευρισκομένη εἰς τὴν μικροκυτταρικὴν ἀναιμίαν καὶ ὠρισμένας ἀβιταμινώσεις.

Ἐπιπλέον ὁ ψυχικὸς παράγων δὲν ἦτο φυσικὰ δυνατόν νὰ παροραθῆ ὡς αἷτιον μιᾶς χρονίας γαστρίτιδος. Τὸ γεγονός δὲμος ὅτι κλινικὰ ἐνοχλήματα δημιουργοῦνται ἀπὸ ψυχικόν τινα παράγοντα δὲν σημαίνει ὅτι καὶ αὕτη αὔτη ἢ ὀργανικὴ νόσος ὀφείλεται εἰς ψυχικοὺς παράγοντας. Συνεχῆ ἐξ ἄλλου ἐνοχλήματα ἐκ τοῦ στομάχου, ὅπως ταῦτα παρατηροῦνται εἰς τὴν χρ. γαστρίτιδα, δύνανται νὰ ὀδηγήσουν πρὸς μίαν νευρικὴν κατάστασιν. Εἶναι ὅμως δυνατόν μία γαστρίτις νὰ ὀφείλεται εἰς ψυχικὰς διαταραχάς, εἶναι γνωστὰ δὲ αἱ ἐργασίαι τῶν Wolf καὶ Wolff, οἵτινες παρετήρησαν γαστροσκοπικῶς ἀλλοιώσεις τοῦ βλεννογόνου κατόπιν διαφόρων συγκινήσεων.

Κλινικὴ εἰκὼν. Εἶναι γεγονός, ὅτι χρόνιαι γαστρίτιδες δὲν προκαλοῦν ἀπολύτως κανὲν ἐνόχλημα ἢ, ὅταν ὑπάρχουν καὶ ἐξαφανισθοῦν, δυνατόν νὰ παραμῆνῃ μολαταῦτα ἀναλλοίωτος ἡ μακροσκοπικὴ εἰκὼν τῆς γαστρίτιδος. Εἰς τὴν ἐπιπολῆς γαστρίτιδα αἱ κλινικαὶ ἐκδηλώσεις εἶναι πλέον συχναί. Ὁ πόνος εἶναι σχεδὸν ἀνύπαρκτος. Τὸ κύριον κλινικὸν σύμπτωμα μιᾶς γαστρίτιδος εἶναι τὸ αἰσθημα καύσου. Εἰς τοῦτο δυνάμεθα νὰ προσθέσωμεν ἄλλα δευτερεύοντα, ὅπως αἰσθημα πληρώσεως, ναυτιάσεως κ.ο.κ.

Ἡ κλινικὴ μορφή, ἣτις μᾶς ἐνδιαφέρει, εἶναι, ἡ αἱμορραγικὴ. Ἡ γαστρίτις αὕτη χαρακτηρίζεται κλινικῶς ἀπὸ αἰσθημα καύσου, ἐνίοτε ἀπὸ ἓν ψευδοελκωτικὸν σύνδρομον μὲ ναυτίαν ἢ καὶ ἐμέτους ἐπὶ πλέον. Αἱ αἱμορραγίαι ἐκδηλοῦνται ἄλλοτε μὲν διὰ μεγάλης αἱματεμέσεως ἐνίοτε θανατηφόρου, ἄλλοτε διὰ μελαίνης. Ὁ ἰδιάζων χαρακτήρ τῶν γαστρορραγιῶν αὐτῶν εἶναι ἡ ὑποτροπή.

Δυαντόν ἡ αἱμορραγία ν' ἀποκαλυφθῆ μόνον διὰ τῆς μικροσκοπικῆς ἐξετάσεως τῶν κοπράνων ἢ κατόπιν καθητηριασμοῦ τοῦ στομάχου, ὅποτε τὸ γαστρικὸν ὑγρὸν περιέχει αἷμα, ἐρμηνευόν τὴν ὑπαρξιν εἴτε ἐπιπολῆς διαβρώσεων εἴτε ἐξαιρετικὴν εὐθραυστότητα τοῦ βλεννογόνου.

Κατὰ ποῖον μηχανισμόν δημιουργεῖται μία αἱμορραγικὴ γαστρίτις;

— Ἐνίοτε αὕτη ὀφείλεται εἰς μίαν περισπλαγχνίτιδα, περιδωδεκαδακτυλίτιδα, περιπυλωρίτιδα, ἢτοι εἰς συμφύσεις περὶ τὰ ὄργανα ταῦτα.

Ἐπιπλέον ἐξωτερικῶν αἰτίων:

— Πρέπει ν' αναζητηθούν βλεννογόνια καὶ ὑποβλεννογόνια τοιαῦτα.

— Ὑπάρχουν αἷτια καθαρῶς νευρικῆς φύσεως, τὰ ὁποῖα προκαλοῦν ἀγγειακὸν σπασμὸν μὲ ρῆξιν τῶν τριχοειδῶν ἀγγείων.

— Ἀλλεργικαὶ ἀντιδράσεις δύνανται ἀναμφισβητήτως νὰ προκαλέσουν γαστρορραγίας. Πειραματικῶς ἔχει ἀποδειχθῆ, ὅτι τὸ ἀναφυλακτικὸν σπασμὸν προκαλεῖ αἱμορραγίας τοῦ γαστρικοῦ καὶ ἐντερικοῦ βλεννογόνου. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς δὲν πρόκειται ἀπλῶς περὶ μικρῶν αἱματωμάτων, ἀλλὰ δημιουργοῦνται διαβρώσεις ὡς καὶ γνήσιαι ἐξελκώσεις ὀφειλόμεναι εἰς ρῆξιν τοῦ βλεννογόνου λόγῳ τῆς αἱμορραγίας.

— Διάφορα λοιμώδη νοσήματα, ὅπως ὁ τυφοειδῆς πυρετός, δημιουργοῦν αἱμορραγικὰς γαστροδωδεκαδακτυλίτιδας, ὅπως ἐπίσης ἐπαναλαμβάνομεν, ὠρισμένοι ἀβιταμινώσεις.

— Αἱ περισσότεραι ὅμως αἱμορραγικαὶ γαστρίτιδες ὀφείλονται εἰς φλεγμονὴν παρακειμένου ὄργανου. Οὕτω, εἰς πολλὰς περιπτώσεις, τὸ αἷτιον τῆς γαστρορραγίας εἶναι ἡ φλεγμαίνουσα χοληδόχος κύστις ἢ ἡ σκώληκοειδῆς ἀπόφυσις. Ἡ λοίμωξις λαμβάνει χώραν εἴτε διὰ τῆς γενικῆς κυκλοφορίας εἴτε λόγῳ δημιουργηθείσης περισπλαγχνίτιδος, συχνότερον ὅμως διὰ τῆς λεμφατικῆς ὁδοῦ.

— Ἡ ἐλάττωσις ἐπίσης τοῦ ὑδροχλωρικοῦ ὀξέος ἐλαττώνει τὴν ἀντίστασιν τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου καὶ προδιαθέτει εἰς αἱμορραγίας.

Περαίνοντες ὑπενθυμιζομεν τὸν σημαντικὸν ρόλον τῶν λοιμώξεων τῶν ἀνωτέρων ἀναπνευστικῶν ὁδῶν, ὡς καὶ τὸν μηχανισμόν ἐκ στάσεως λόγῳ στενώσεως, τὸν ὁποῖον περιεγράψαμεν εἰς τὰς γαστρορραγίας ἐξ ἔλκους.

β) Δωδεκαδακτυλίτιδες: Αἱ δωδεκαδακτυλίτιδες εἶναι γνωσταὶ ἀπὸ τῆς ἐποχῆς τοῦ Broussais, κατὰ τὸν ὁποῖον αὐταὶ εὐθύνονται δι' ὠρισμένα νοσήματα τοῦ ἥπατος καὶ τῶν χοληφόρων ὁδῶν. Ἐν συνεχείᾳ ἡ δωδεκαδακτυλίτις συνεταυτίσθη μετὰ τῆς γαστρίτιδος καὶ τοῦ ἔλκους. Ἡ ὑπαρξίς της ὡς αὐτονόμου νόσου ἠμφισβητήθη πολλὰκις. Τὸ 1921 οἱ Ἀμερικανοὶ χειρουργοὶ Tudd καὶ Nagel, βασιζόμενοι ἐπὶ χειρουργικῶν παρασκευασμάτων, διακρίνουν μίαν ἀμιγῆ δωδεκαδακτυλίτιδα, μὴ ἐλκώδη, ἀλλὰ μὲ συμπτωματολογίαν ὁμοιάζουσαν μὲ τὴν τοῦ ἔλκους. Ἐπακολουθοῦν παθολογοανατομικαὶ καὶ ἀκτινολογικαὶ μελέται.

Σήμερον ἀμφισβητεῖται οὐχὶ ἡ ὑπαρξίς τῆς δωδεκαδακτυλίτιδος,

ἀλλὰ ἡ παθολογικὴ τῆς σημασία, ἡ συχνότης τῆς καὶ αἱ σχέσεις τῆς με ἄλλα νοσήματα.

Εἶναι δύσκολον νὰ ἐκτιμῆσῃ τις τὴν συχνότητα, δεδομένου ὅτι ἡ ἔρευνα τοῦ δωδεκαδακτύλου ἀποβαίνει δυσχερῆς, ἐφ' ὅσον ἡ κλινικὴ εἰκὼν δὲν εἶναι χαρακτηριστικὴ, τὰ ἀκτινολογικὰ σημεῖα δυσχεροῦς ἐρμηνείας, ἡ δὲ ἐνδοσκόπησις ἀδύνατος.

Κλινικῶς δυνάμεθα νὰ διακρίνωμεν τὰς ὀξείας δωδεκαδακτυλίτιδας καὶ τὰς χρονίας πρωτοπαθεῖς τοιαύτας.

1) Ὁξείαι δωδεκαδακτυλίτιδες: Ἄρκετὰ γνωσταί, δὲν παρουσιάζουν ἴδιον κλινικὸν ἐνδιαφέρον, δεδομένου ὅτι ἡ συμπτωματολογία τῶν συγγέεται μετὰ τὸ γενικὸν αἷτιον. Ἐκ τούτων ἡ πλέον γνωστὴ εἶναι ἡ ἀζωθαιμικὴ δωδεκαδακτυλίτις, χαρακτηριζομένη ἀπὸ ἀνορεξίαν, ναυτίαν, ἐμέτους, ἐπιγαστραλγίας. Ἐνίοτε μίᾳ μεγάλῃ γαστρορραγίᾳ προηγεῖται τοῦ θανάτου. Κατὰ τὴν νεκροψίαν ἀνευρίσκομεν πολλαπλᾶς διαβρώσεις, ἐνίοτε καὶ ἐξελκώσεις.

Τοξικὴ δωδεκαδακτυλίτις παρατηρεῖται ὡσαύτως εἰς τὰς μεγάλας ἐξωγενεῖς δηλητηριάσεις ἐξ ὑδραργύρου, μολύβδου, βισμούθιου, φωσφόρου κλπ.

Εἰς ἄτομα ἀποβιώσαντα ἐξ ἐκτεταμένων ἐγκαυμάτων παρατηροῦνται εἰς ποσοστὸν 5% ἐξελκώσεις τοῦ δωδεκαδακτύλου. Εἰς ὅλας αὐτάς τὰς περιπτώσεις ὁ Alvarez ὑποθέτει, ὅτι ὁ βλεννογόνος τοῦ δωδεκαδακτύλου τραυματίζεται ἀπὸ τὰς τοξίνας τὰς ὁποίας ἀπεκκρίνει αὐτὸ τοῦτο τὸ δωδεκαδάκτυλον, ὅπως τὸ ἦπαρ καὶ ἡ χοληδόχος κύστις.

Κατὰ τὴν διαδρομὴν σοβαρῶν σηψαιμικῶν λοιμώξεων (ἐκ στρεπτοκόκκου, κολοβακτηριδίου, τυφοειδοῦς, κιτρίνου πυρετοῦ) παρατηρεῖται ὀξεία δωδεκαδακτυλίτις.

2) Χρόνιαι πρωτοπαθεῖς δωδεκαδακτυλίτιδες: Ἡ πρωτοπαθὴς δωδεκαδακτυλίτις προσβάλλει ἰδίως τὰ νέα ἄτομα καὶ περισσότερον τοὺς ἄνδρας, ἂν καὶ ἀπαντᾶται εἰς ὅλας τὰς ἡλικίας. Χαρακτηριστικὴ κλινικὴ εἰκὼν δὲν ὑπάρχει, ἀλλὰ πολλαπλαῖ τοιαῦται. Τοῦτο ὀφείλεται ἀφ' ἐνὸς μὲν εἰς τὴν διάφορον ἀνατομικὴν ἀλλοίωσιν — ἐπιπολῆς ἢ βαθεῖα, ἐλκώδης ἢ μὴ, ἐκσεσημασμένη ἢ μὴ φλεγμονὴ — ἀφ' ἑτέρου δὲ εἰς τὴν ἔδραν, ὅπως βολβός, κατιοῦσα μοῖρα, σπανιώτατα ἐγκαρσία μοῖρα τοῦ δωδεκαδακτύλου. Ὡς ἐκ τούτου θὰ διακρίνωμεν ὠρισμένας κλινικὰς μορφάς.

α) Δυσπεπτικὴ μορφή: Χαρακτηρίζεται ἀπὸ πόνους—ἐπερχομένους μετὰ τὸ φαγητόν, ἄνευ σαφοῦς ὠραρίου, ἄνευ περιοδικότη-

τος κατά τὸ ἔτος, γεγονός τὸ ὁποῖον τοὺς διαχωρίζει ἀπὸ τοὺς τυπικοὺς πόνους τοῦ ἔλκουσ. Ποικίλης ἐντάσεως, ὁ πόνος αὐτὸς χαρακτηρίζεται κυρίως ὡς ἔντονον αἴσθημα καύσου, ἄλλοτε αὐτομάτως ἐμφανιζομένου, ἄλλοτε προκαλουμένου ἀπὸ ὀξίνους τροφάς, οἶνοπνευματώδη ποτά κλπ. Οἱ πόννοι οὗτοι ἐδράζονται παρὰ τὸ ἐπιγάστριον, χαρακτηριστικῶς ὅμως παρὰ τὸ ἄνω δεξιὸν τεταρτημόριον μὲ ἀντανάκλασιν κατὰ μῆκος τοῦ δεξιοῦ ὀρθοῦ μυός. Δυνατὸν νὰ συνυπάρχουν καὶ ἕτερα συμπτώματα, ὅπως αἴσθημα διατάσεως, ναυτίαισι, κεφαλαλγία, ἱλιγγοί, ὡς καὶ ἐναλλασσόμεναι περίοδοι δυσκοιλιότητος μετὰ διαρροίας. Ἐν ὀλίγοις, εἰκὼν ὑπὲρ — ἢ ὑποσθενικῆς δυσπεψίας, ἀνωμάλου ἐξελιξεως, συγχεομένη μετὰ τῆς κλινικῆς εἰκόνος μιᾶς γαστρίτιδος.

β) Ψευδοελκώδης μορφή: Εἶναι καὶ ἡ πρώτη ἀπομονωθεῖσα λόγῳ χειρουργικῶν ἐπεμβάσεων. Χαρακτηρίζεται ἀπὸ πόνους μετὰ τὸ φαγητόν, μὲ σαφές ὠράριον, ἐπερχομένους κατὰ περιόδους χωριζόμενας ἀλλήλων ἀπὸ ἄλλας ἀπολύτου ἡρεμίας. Ἐνίοτε οἱ πόννοι εἶναι ἐξαιρετικῆς ἐντάσεως, τύπου διατρήσεως, ὀδηγοῦντες πρὸς τὴν χειρουργικὴν ἐπέμβασιν, ἣτις εἰς μίαν τοιαύτην περιπτώσιν ἀπεκάλυψε τὴν ὑπαρξιν διαβρώσεων ἄνευ ἔλκουσ. Εἰς ὅλας αὐτάς τὰς περιπτώσεις δεόν νὰ εἴμεθα λίαν ἐπιφυλακτικοὶ ὅσον ἀφορᾷ τὴν ὑπαρξιν ἔλκουσ, δεδομένου ὅτι τοῦτο δυνατὸν νὰ μὴ ἀνευρεθῆ κατὰ μίαν ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν καὶ ν' ἀποκαλυφθῆ εἰς ἑτέραν.

γ) Αἱμορραγικὴ μορφή: Καὶ αὕτη ἀπεμονώθη χάρις εἰς χειρουργικὰς διαπιστώσεις ἢ βιοψίας, λαβούσας χώραν κατὰ ἐγχείρησιν λόγῳ σοβαρᾶς ἢ ὑποτροπιαζούσης γαστρορραγίας. Ἡ παθολογοανατομικὴ ἐξέτασις δεικνύει γαστρικὸν καὶ δωδεκαδακτυλικὸν βλεννογόνον ἐρυθρὸν μὲ ἐκχυμώσεις καὶ αἱμορραγικὰς στίξεις. Ἡ μορφή αὕτη μετὰ ἢ ἄνευ πόνων χαρακτηρίζεται ἀπὸ κατὰ τὸ μᾶλλον ἡῆττον μεγάλας αἱματεμέσεις ἢ μελαίνας, συχνάκις ἐπανσλαμβανόμενας, αἱ ὁποῖαι ὡς ἐκ τούτου καὶ χειρουργοῦνται. Ἡ αἱμορραγία δύναται νὰ προσλάβῃ τοὺς χαρακτηῆρας μικροσκοπικῆς μελαίνης μέχρι καὶ κεραυνοβόλου αἱματεμέσεως.

δ) Λανθάνουσα μορφή: Οὐχὶ σπανία, χαρακτηρίζεται ἀπὸ τὴν ἀπουσίαν σαφῶν κλινικῶν συμπτωμάτων καὶ τὴν συνυπαρξιν σημείων δωδεκαδακτυλίτιδος, τὰ ὁποῖα παρέχουν ὁ καθητηριασμός τοῦ δωδεκαδακτύλου καὶ ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις.

Ἡ διάγνωσις μιᾶς δωδεκαδακτυλίτιδος θά βασισθῆ ἐπὶ ὀρισμένων ἐξετάσεων. Εἶδομεν τὴν ἀξίαν τῶν κλινικῶν συμπτωμάτων. Ὁ καθητηριασμός καὶ ἡ ἐξέτασις τοῦ δωδεκαδακτυλικοῦ ὕγρου παρέχουν ὀρισμένης πληροφορίας. Οὕτως, εἰς περίπτωσιν δωδεκαδακτυλίτιδος, ὁ καθητηριασμός εἶναι ἐνίοτε ἀδύνατος, ἢ ὡσάκις ὁ σωλὴν φθάσῃ ἐντὸς τοῦ ἐρεθισμένου δωδεκαδακτύλου, ἐκδιώκεται ἐντὸς τοῦ στομάχου, λόγῳ σπαστικῆς καταστάσεως ὀφειλομένης εἰς φλεγμονὴν τοῦ ὄργανου τούτου. Ἡ ἐξέτασις τοῦ δωδεκαδακτυλικοῦ ὕγρου πρέπει νὰ γίνῃ μετὰ πάσης προσοχῆς πρὸς ἀποφυγὴν ἐπιμολύνσεων. Φυσιολογικῶς, τὸ ὕγρον τοῦτο εἶναι στεῖρον καὶ δὲν περιέχει παρὰ ἐλάχιστα ἐπιθηλιακὰ κύτταρα καὶ ἀνέπαφα λευκὰ αἰμοσφαίρια. Εἰς περίπτωσιν δωδεκαδακτυλίτιδος τὸ ὕγρον εἶναι θολερὸν, περιέχει μικρὰς νεφέλας ἐν αἰωρήσει, ἐνίοτε γραμμὰς αἵματος ὀφειλομένας εἴτε εἰς αὐτόματον αἰμορραγίαν εἴτε εἰς τραυματισμὸν ἐκ τοῦ σωλῆνος. Κατόπιν φυγοκεντρήσεως θ' ἀνεύρωμεν πολλὰ λευκὰ αἰμοσφαίρια, ἡλλοιωμένα ἐπιθηλιακὰ κύτταρα, ἐρυθρὰ αἰμοσφαίρια, ἐνίοτε δὲ καὶ ὀλόκληρα τεμάχια ἐπιθηλίου. Ἡ μικροβιολογικὴ ἐξέτασις δεικνύει συχνὰ ἐντεροκόκκους, ἐνίοτε κολοβακίλλους ἢ αἰμολυτικούς στρεπτοκόκκους.

Ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις. Ἐπὶ ταύτης βασιζέται κυρίως καὶ ἡ διάγνωσις. Πρὸς τοῦτο ὅμως δεόν νὰ ἀποφεύγεται ἡ συχνὰ προβαλλομένη διάγνωσις περιδωδεκαδακτυλίτιδος, λόγῳ τῶν ἀλλοιώσεων ἃς ἐμφανίζει τὸ δωδεκαδάκτυλον. Οὕτω διάφοροι παραμορφώσεις τοῦ ὄργανου τούτου ἐκλαμβάνονται ὡς τὸ ἀποτέλεσμα πίεσεως ἢ τούναντιον ἔλξεως, ἐνῶ ἐν τῇ πραγματικότητι πρόκειται περὶ ἐσωτερικῶν ἀλλοιώσεων τοῦ βλεννογόνου.

Ὅσον ἀφορᾷ τὸν βολβὸν δυνάμεθα νὰ διακρίνωμεν :

α) Εἰκόνας αἱ ὁποῖαι χαρακτηρίζονται ἀπὸ διόγκωσιν τῶν πτυχῶν, οὕτως ὥστε ὁ βολβὸς νὰ προσλαμβάνῃ τὴν ὄψιν ἐν εἶδει ν ε φ έ λ η ς, καθ' ἣν αἱ πτυχαὶ ἐμφανίζονται πεπαχυσμέναι κατὰ ζώνας, ἐν εἶδει δ ι κ τ ὕ ο υ ὅπου μεταξὺ τῶν πεπαχυσμένων πτυχῶν διακρίνονται λευκοὶ ἀστεροειδεῖς χώροι ἢ δυνατόν νὰ προσλάβῃ τὴν π ο λ υ π ο ὄ ῶ ῃ μ ο ρ φ ῆ ν.

β) Ἄλλοτε πάλιν αἱ εἰκόνες ὑπενθυμίζουν μίαν ἐξέλκωσιν καὶ χαρακτηρίζονται ἀπὸ μικρὰς καὶ πολλαπλᾶς κηλίδας, ἢ τὰ ὄρια τοῦ πεπληρωμένου βολβοῦ ἐμφανίζονται ὀδοντωτά.

Αἱ παρατηρούμεναι ἀλλοιώσεις τῆς δευτέρας μοίρας δύνανται νὰ ταξινομηθοῦν ὡς ἐξῆς :

α) Εἰκόνες ἐρμηνεύουσαι μίαν διάτασιν τῶν πτυχῶν, ὁπότε τὸ

δωδεκαδάκτυλον ἐμφανίζει ὄψιν νεφελώδη ἢ τεμαχισμένην, ἐπὶ δὲ τῶν τόξων ὄψιν πολυποδῶδη ἢ ἐν εἴδει σσορδέου.

β) Εἰκόνες στενώσεως, εἰς τὰς ὁποίας τὸ εὖρος τῆς κατιούσης μοίρας ἐμφανίζεται ἠλαττωμένον, ἄκαμπτον, χωρὶς νὰ ὑπάρξη πραγματικὴ στένωσις. Ἡ εἰκὼν αὕτη συχνότατα διακόπτεται περὶ τὸ μέσον τῆς δευτέρας μοίρας τοῦ δωδεκαδακτύλου καὶ συνεχίζεται ὑπὸ φυσιολογικῆς τοιαύτης. Πιθανῶς ἡ εἰκὼν αὕτη ὀφείλεται εἰς συνύπαρξιν οἰδήματος καὶ σπασμοῦ.

γ) Εἰκόνες ἐρμηνεύουσαι ἐξελεκώσεις καὶ ἀντιπροσωπευόμεναι ἀπὸ κηλίδας διαφόρου μεγέθους καὶ σχήματος.

Γενικῶς ἡ διάγνωσις μιᾶς φλεγμονῆς τοῦ βολβοῦ ἢ τῆς κατιούσης μοίρας εἶναι ἀρκετὰ εὐχερῆς. Εἰς τινὰς περιπτώσεις εἶναι δύσκολον ν' ἀποκλείσῃ τις τὴν σύγχρονον ὕπαρξιν καὶ ἐνὸς ἔλκουσ. Ἐπίσης εἰς τινὰς περιπτώσεις εἶναι δύσκολον νὰ διακρίνῃ τις ἀπολύτως μίαν εἰκόνα δωδεκαδακτυλίτιδος ἀπὸ μίαν εἰκόνα μὴ φλεγμονώδη, ἀλλὰ λειτουργικῆς φύσεως. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς ἡ φαρμακοακτινοδιαγνωστικὴ μέθοδος θὰ προσφέρῃ ὑπηρεσίαν.

Αἰτιολογία: Παρουσία μιᾶς δωδεκαδακτυλίτιδος θὰ πρέπη ν' ἀναζητηθῇ καὶ τὸ αἷτιον ταύτης. Ὅλαι αἱ στενώσεις, εἴτε ἐξωγενεῖς εἴτε ἐνδογενεῖς, οἰαδήποτε στάσις, δύναται νὰ προκαλέσῃ φλεγμονὴν τοῦ βλεννογόνου. Θὰ ἐρευνήσωμεν τὴν συνύπαρξιν μιᾶς γαστρίτιδος, μιᾶς χολοκυστίτιδος μετὰ ἢ ἄνευ λίθων, μιᾶς ἡπατικῆς δυσλειτουργίας, ἐνὸς ἰκτέρου. Ἡ σκωληκοειδίτις, ἐν μεγάκολον, παίζουσι σημαντικὸν ρόλον. Διάφορα παράσιτα προκαλοῦν ὡσαύτως φλεγμονὴν τοῦ δωδεκαδακτύλου, ὅπως αἱ λάμβλια, ἀγκυλόστομα, ταινία κ.λ.π. Διάφορα ἀλλεργιογόνα, χημικά, μικροβιακὰ ἢ ἐκ τροφῶν, δύναται νὰ προκαλέσουν μίαν ἀλλεργικὴν δωδεκαδακτυλίτιδα. Διάφοροι ἐστιακαὶ λοιμῶξεις (ἀμυγδαλαί, ὀδόντες, κρανιακοὶ κόλποι) προκαλοῦν δωδεκαδακτυλίτιδας, αἵτινες ὁμως ἴδονται μὲ τὴν ἐξαφάνισιν τῆς ἐστίας. Νοσηρὸν ἐπίσης ρόλον παίζουσι τὸ οἶνόπνευμα, ὁ καπνός, διάφοροι ἐρεθιστικά τροφαί, ποτά, διάφορα φάρμακα, ὡς καὶ ἀντιβιοτικά. Ἀπὸ διαφόρους συγγραφεῖς ἔχει ἐπίσης ἐπισημανθῆ ὁ ρόλος τοῦ νευρικοῦ συστήματος, διαφόρων ἀβιταμινώσεων, ὡς καὶ διαφόρων ἐνδοκρινικῶν διαταραχῶν. Τέλος εἰς ἀρκετὰς περιπτώσεις οὐδεμία αἰτιολογία ἀνευρίσκεται καὶ ἡ δωδεκαδακτυλίτις ἀποκαλεῖται «ἰδιοπαθής».

Ἐπὶ τῶν ὁποίων δὲν θὰ ἐπιμείνωμεν, συνυπάρχουσι μὲ παθήσεις ἡπατοχολοκυστικὰς, παγκρεατικὰς ἢ γαστρικὰς. Ἐκ τούτων ἡ σημαντι-

κωτέρα είναι ή δωδεκαδακτυλίτις μετά ίκτέρου. Είς τας λιθιασικάς ή μη χολοκυστίτιδας, είς τας λιθιάσεις του χοληδόχου πόρου, τας χολαγγεΐτιδας κ.λ.π. αί άκτινολογικά παραμορφώσεις του βολβου και ίδίως της κατιούσης μοΐρας του δωδεκαδακτύλου είναι συχνά. Η κλινική εικών έρμηνεύει την αντίδρασιν του όργάνου τούτου, αλλά δυνατόν και νά έπικρατή της χολοκυστοπαθείας. Ούτως αί γαστροδωδεκαδακτυλικά αιμορραγίαί των χολοκυστοπαθειών έρμηνεύουν μίαν συμμετοχήν του δωδεκαδακτύλου.

Κατά τινας έξ άλλου συγγραφείς είναι κιρρώσεις του ήπατος δυνατόν νά όφείλονται είς δωδεκαδακτυλίτιδα. Ός έκ τούτου αί σχέσεις μεταξύ δωδεκαδακτυλίτιδος και ίκτέρων έχουν πολλάκις άναζητηθή. Δύο κυρίως προβλήματα προβάλλουν: Είς την έπιδημικήν ήπατίτιδα και είς τους άλλους καλοήθεις ίκτέρους ύπάρχει δωδεκαδακτυλίτις; και ποίος ό ρόλος της δωδεκαδακτυλίτιδος ταύτης είς την εμφάνισιν του ίκτέρου;

Κατά την διαδρομήν μιās ίκτερογόνου έπιδημικής ήπατίτιδος ή συχνή συνύπαρξις της δωδεκαδακτυλίτιδος έχει άπολύτως άποδειχθή κλινικώς, άκτινολογικώς, διά του καθητηριασμού και ένιστε άνατομικώς. Εΐναι επίσης έξ ίσου συχνή είς τους καλοήθεις ίκτέρους. Οί πλείστοι δμως των συγγραφέων δέν παραδέχονται άμεσον ρόλον της συνυπαρχούσης δωδεκαδακτυλίτιδος είς την εμφάνισιν ενός ίκτέρου. Μ' όλα ταύτα ό Ravel την θεωρεί ως την πρωταρχικήν βλάβην. Υποστηρίζει ότι ή δωδεκαδακτυλίτις, ως προκαλούσα σπασμόν του σφιγκτήρος του Oddi, δημιουργεί τον ίκτερον. Την άποψιν ταύτην δέν παραδέχεται ό Coroli, δηλαδή ότι ό σπασμός και μόνον είναι ικανός νά προκαλέση ίκτερον, και είς 20 περιπτώσεις παρατεταμένης ίκτερογόνου ήπατίτιδος ή άκτινομανομετρία δέν απέκάλυψε τοιούτον σπασμόν. Μολαταύτα ό Albot ως και ό Chabrol ύπεστήριξαν έκ νέου την άποψιν της δωδεκαδακτυλίτιδος μετά φλεγμονής της θηλής όσον άφορᾷ τουλάχιστον τους ίκτέρους των δωδεκαδακτυλικών έλκων και των ίκτέρων κατόπιν γαστρεκτομής.

III. ΓΑΣΤΡΟΡΡΑΓΙΑΙ ΕΚ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Με τον καρκίνον του στομάχου — τας ποικίλας κλινικάς και άκτινολογικάς αύτου έκδηλώσεις — θέλομεν άσχοληθή έκτενωσ κατωτέρω. Σήμερον θ' άσχοληθώμεν με μίαν είδικήν μορφήν τούτου, την αιμορραγικήν.

Ό καρκίνος του στομάχου προκαλεί συχνά γαστρορραγίας. Αυται προσλαμβάνουν ιδιαιτέρους χαρακτήρας. Εΐναι γνωστά αί

αιματεμέσεις τῶν καρκινοπαθῶν, αἱ μέλαιναι αιματεμέσεις, οἱ καφεοειδεῖς ἔμετοι, ἐκ τοῦ γεγονότος ὅτι τὸ ἐπὶ πολὺ χρονικὸν διάστημα παραμεῖναν ἐντὸς τοῦ στομάχου αἷμα ἀναμιγνύεται μὲ τὰς διαφόρους ἐκεῖ ἐκκρίσεις.

Ἄλλὰ καὶ μία μεγάλη καὶ αἰφνιδία αιματέμεσις ἢ μέλαινα δὲν ἀποκλείουν τὴν διάγνωσιν τοῦ καρκίνου.

α) Δυνατὸν ἢ αἰμορραγία νὰ ἐκδηλωθῇ τὸ πρῶτον εἰς ἄρρωστον ἄνευ γαστρικοῦ παρελθόντος, ἄνευ κλινικῶν ἐκδηλώσεων, ἀλλὰ καὶ ἄνευ ἀκτινολογικῶν εἰσέτι τοιούτων. Περίπτωσις ἐκ τῶν πλέον δυσχερῶν ἀπὸ διαγνωστικῆς ἀπόψεως, ἢ λύσις τῆς ὁποίας ἐξαρτᾶται ἐνίστε ἀπὸ τὴν ἐξέλιξιν.

Τοῦτο δυνατὸν νὰ ὀφείλεται εἰς τὸ ὅτι ὁ καρκίνος ἐδράζεται εἰς τὸ ἄνω τμήμα τοῦ στομάχου, τὸν ἀεροθάλαμον ἢ ἐπὶ τοῦ μείζονος τόξου. Καρκίνος ἐδραζόμενος ἐπὶ τοῦ ἐλάσσονος τόξου τοῦ στομάχου ἢ ἐπὶ τοῦ πυλωρικοῦ ἄντρου σπανιώτατα δὲν θὰ δώσῃ διαγνωστικὰ σημεῖα. Ἄλλοτε πάλιν ἢ νεαρά ἡλικία τοῦ ἀρρώστου ἀποτρέπει τὴν ἐξέτασιν. Εἰς ὅλας αὐτάς τὰς περιπτώσεις καὶ προκειμένου περὶ μικρῶν ἀνατομικῶν ἀλλοιώσεων, ἢ ἀκτινολογικῆ ἐξέτασις ἀφίνει ἀμφιβολίας, ὅταν δὲν δώσῃ εὐθὺς ἐξ ἀρχῆς σημεῖα.

β) Δυνατὸν ἢ γαστρορραγία νὰ προσλάβῃ τὴν μορφήν τοῦ αἱμορραγικοῦ ἔλκους, ἥτις χαρακτηρίζεται ἀπὸ τὴν ἔλλειψιν πόνων καὶ τὰς συχνὰς ὅμως καὶ περιοδικῶς ὑποτροπιάζουσας γαστρορραγίας. Ἡ παρουσία φωλεᾶς συγχέει ἔτι περισσότερον τὴν διάγνωσιν, διότι προβάλλει αὐτομάτως τὸ πρόβλημα τῆς διαφορικῆς διαγνώσεως μεταξύ ἔλκους καὶ καρκίνου.

γ) Ἡ ἀναιμία εἶναι σημεῖον σταθερὸν τοῦ καρκίνου. Δυνατὸν ὅμως μία ἀνεξήγητος ἀναιμία ν' ἀποτελῇ καὶ τὴν πρώτην ἐκδήλωσιν τῆς νόσου.

Ὅταν ἡ ἀναιμία αὕτη συνδυάζεται μὲ μικροσκοπικὰς αἱμορραγίας διευκολύνει καὶ τὴν διάγνωσιν. Ἀπουσία ὅμως τούτων ἢ ἀνακάλυψις τοῦ αἰτίου τῆς ἀναιμίας βραδύνει. Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον πρόκειται περὶ ὑποχρώμου ἀναιμίας, τὴν ὁποίαν δὲν βελτιώνουν οὔτε αἱ μεταγγίσεις, οὔτε ὁ σίδηρος, οὔτε τὰ ἥπατικά ἐκχυλίσματα, ἢ δὲ ἐπιδείνωσις εἶναι προσδευτική. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς πρόκειται συνήθως περὶ καρκίνου τοῦ ἄνω τμήματος τοῦ στομάχου, διὰ τὴν διάγνωσιν τοῦ ὁποίου ἀπαιτεῖται εἰδικὴ τεχνική.

ΙV. ΓΑΣΤΡΟΡΡΑΓΙΑΙ ΕΚ ΣΥΦΙΛΙΔΟΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ἡ εἰς τὸν στόμαχον ἐντόπισις τῆς συφιλίδος σήμερον σπανίζει, λόγω τῶν πολλαπλῶν θεραπευτικῶν μέσων τὰ ὁποῖα ἔχουν γενικευθῆ.

Ἰδία κλινικὴ εἰκὼν τῆς γαστρικῆς συφιλίδος δὲν ὑπάρχει. Περιγράφονται ποικίλαι μορφαὶ ἐκδηλούμεναι ὡς ὄγκοι, ὡς πλαστικὴ λινίτις, ὡς στένωσις, ὡς ψευδοελκώδης καὶ ὑπὸ μορφήν αἱμορραγιῶν. Τὰ παθολογοανατομικὰ εὐρήματα συνήθως ἀπουσιάζουν καὶ ὡς ἐκ τούτου, διὰ τὴν διάγνωσιν, βασιζονται εἰς θετικὰς ὁροαντιδράσεις καὶ εἰς τὰ ἀποτελέσματα τῆς ἀντισυφιλιδικῆς θεραπείας.

Πρὸ 100 καὶ πλέον ἐτῶν ὁ Andrαι περιέγραψε πρῶτος τὴν γαστρικὴν συφιλίδα ὑπὸ μορφήν χρονίας γαστρίτιδος, τὴν ὁποίαν καὶ ἐθεράπευε διὰ τοῦ ὑδραργύρου. Ἐκτοτε πολλοὶ ἠσχαλήθησαν μὲ τὸ θέμα τοῦτο, μὲ τὰς διαφόρους μορφὰς τῆς γαστρικῆς συφιλίδος, μολαταῦτα αἱ περισσότεραι τῶν παρατηρήσεων τούτων δὲν πείθουν ἀπολύτως ὅτι ἐπρόκειτο πάντοτε περὶ συφιλίδος.

Τὸ σπάνιον τῆς ἐντοπίσεως ταύτης ἀποδεικνύεται ἐκ τῶν νεκροτομικῶν εὐρημάτων. Οὕτως ἐπὶ 10 ἕως 20 χιλ. νεκροψιῶν ἢ γαστρικῆ σύφιλις ἀνευρέθη 1 ἕως 3 φορές. Ἐπὶ 10 χιλιάδων ἀρρώστων ὁ Moutier διεπίστωσεν 8 περιπτώσεις συφιλίδος τοῦ στομάχου. Ἐπὶ 119 ὄγκων χειρουργηθέντων ὑπὸ τοῦ Gosset, μόνον ὁ εἷς ἦτο συφιλιδικῆς φύσεως. Ἐπὶ 1200 συφιλιδικῶν ἀτόμων ὁ Mc Neil ἀνεῦρεν 97 παραπονούμενα δι' ἐνοχλήματα ἐκ τοῦ στομάχου, ἢ διάγνωσις ὁμῶς γαστρικῆς συφιλίδος ἐτέθη μόνον εἰς τὰ τρία. Τὸ 1931 ὁ O' Leary, ἐπὶ 25 χιλ. συφιλιδικῶν ἀτόμων διέγνωσε γαστρικὴν συφιλίδα εἰς 89. Δηλαδή 0,3% ἐκ τῶν συφιλιδικῶν παρουσιάζουν ἐντόπισιν εἰς τὸν στόμαχον. Σήμερον, μὲ τὴν χρῆσιν τῶν βιοθεραπευτικῶν, ἢ γαστρικὴ σύφιλις θὰ σπανίζῃ ἔτι περισσότερον καὶ ὡς ἐκ τούτου θὰ πρέπη νὰ εἴμεθα λίαν ἐπιφυλακτικοὶ ὡς πρὸς τὴν διάγνωσιν ταύτην εἰς ἄτομα συφιλιδικὰ, τὰ ὁποῖα παραπονοῦνται δι' ἐνοχλήματα ἐκ τοῦ στομάχου.

Εἰς τὰς περισσότερας τῶν περιπτώσεων πρόκειται περὶ φαινομένων τῆς τρίτης περιόδου, ἐκδηλουμένων ἀπὸ τοῦ 1ου μέχρι τοῦ 28ου ἔτους μετὰ τὴν ἐμφάνισιν τοῦ συφιλιτικοῦ ἔλκου. Κατὰ τὴν δευτέραν περίοδον τῆς συφιλίδος παρατηροῦνται ἐνίοτε μερικὰ ἐνοχλήματα ἐκ τοῦ στομάχου, ταῦτα ὁμῶς ἐρμηνεύουν συνήθως τὴν γενικὴν λοίμωξιν καὶ οὐχὶ τὴν εἰς τὸν στόμαχον ἐντόπισιν τῆς σπειροχαίτης.

Ὅσον ἀφορᾷ τὴν κληρονομικὴν γαστρικὴν συφιλίδα εἶναι καὶ αὕτη μία ἐπὶ πλέον ἐντόπισις τῆς προώρου κληρονομικῆς συφιλίδος,

ἥτις συνήθως ἀποκαλύπτεται μόνον κατὰ τὴν νεκροψίαν. Ἡ ὄψιμος γαστρική σύφιλις εἶναι σπανιωτάτη.

Τὰ μακροσκοπικὰ εὐρήματα εἶναι ἀνάλογα τῆς ιστολογικῆς ὕφης τῶν διαφόρων συφιλιδικῶν ἀλλοιώσεων. Ἀναλόγως τῆς ἐπικρατήσεως τῆς νεκρώσεως ἢ τῆς ἰνώδους ἐπεξεργασίας, ἀναλόγως τῆς ἔδρας καὶ τῆς ἐκτάσεως τῶν ἀλλοιώσεων, θὰ συναντήσωμεν καὶ διαφόρους ἀνατομικὰς μορφάς :

α) Ἄλλοτε πρόκειται περὶ ὄγκων μονήρων, μετὰ ἢ ἄνευ μίσχου ἢ καὶ ἀπολύτως ἐξαρτωμένων ἐκ τῶν τοιχωμάτων τοῦ στομάχου.

β) Ἄλλοτε ὁ στόμαχος εἶναι μικρὸς, συρρικνωμένος, μὲ τοιχώματα σκληρά, προσλαμβάνων τὴν ὄψιν μιᾶς λινίτιδος.

γ) Ἄλλοτε προσλαμβάνει τὴν μορφήν μεσογαστρικῆς στενώσεως μὲ τὸν κλασσικὸν κλεψυδροειδῆ στόμαχον, ἢ τὴν μορφήν πυλωρικῆς στενώσεως μὲ διάτασιν τοῦ στομάχου ὑπερθεν ταύτης.

δ) Ἄλλοτε πρόκειται περὶ ἑλκῶν, τὰ ὅποια ὀφείλονται εἰς νέκρωσιν καὶ ἀπόπτωσιν ἑνὸς κομμιώματος. Πρόκειται περὶ ἐπιπέδων ἐξελκώσεων, αἵτινες δὲν ἐπεκτείνονται, σπανίως δὲ ὑποσκάπτουν τὰ γαστρικὰ τοιχώματα. Τὸ μέγεθός των ἐξαρτᾶται ἀπὸ τὸ τοῦ ἐξελκωθέντος κομμιώματος. Ἡ διάγνωσις ἑνὸς συφιλιδικοῦ ἑλκους τοῦ στομάχου εἶναι πάντοτε ἐπισφαλῆς, δεδομένου ὅτι ὁ ἀριθμὸς τοιούτων γνησίων ἑλκῶν δὲν ὑπερβαίνει μέχρι τοῦδε τὴν δωδεκάδα.

Παθολογοανατομικῶς κατὰ τὴν δευτεροπαθῆ συφιλίδα αἱ ἀλλοιώσεις εἶναι σχεδὸν ἄγνωστοι. Χαρακτηρίζονται ἀπὸ τὴν ἐπιπολῆς προσβολὴν ὀλοκλήρου τοῦ βλεννογόνου καὶ ἐκδηλοῦνται δι' ὑπεραιμίας μετὰ λευκοκυτταρικῆς διηθήσεως τοῦ βλεννογόνου καὶ τοῦ ὑποβλεννογονίου, ὡς καὶ ἀπὸ τὴν διάσπασιν τοῦ μυϊκοῦ ὑποβλεννογονίου. Τὸ ἴδιον γνῶρισμα τῆς συφιλίδος εἶναι ἡ ἀφθονία τῶν στρογγύλων κυττάρων καὶ ἡ συνύπαρξις συφιλιδικῶν ἀλλοιώσεων καὶ ἄλλων ὀργάνων.

Κατὰ τὴν τριτογόνον συφιλίδα παρατηροῦνται τρία εἶδη ἀλλοιώσεων, αἵτινες ἀντιστοιχοῦν εἰς τρία διαφορετικὰ στάδια ἐξελίξεως, τὰ ὅποια δυνατὸν καὶ νὰ συνυπάρχουν. Ταῦτα εἶναι: α) τὰ κομμιώματα, μονήρη ἢ πολλαπλᾶ, περιορισμένα ἢ διάχυτα. β) Αἱ ἐξελκώσεις ὀφειλόμεναι εἰς τὴν ἐξέλιξιν καὶ τὴν ἐκσκαφὴν ἑνὸς κομμιώματος, μονήρεις ἢ πολλαπλαῖ, ἐδραζόμεναι συνήθως ἐπὶ τῆς ὀπισθίας ἐπιφανείας, στρογγύλαι, ὠοειδεῖς, ἐνίοτε πολυκυκλικαί, ποικίλου βάθους, μεγέθους 1-3 ἐκ. μὲ χεῖλη ἀποκεκολλημένα ἢ πεπα-

χυσμένα, σκληρά, σχηματίζοντα πραγματικόν ἔπαρμα. Ἡ ἐξέλκωσις αὕτη δυνατόν νά εἶναι δευτεροπαθῆς μιᾶς συφιλιδικῆς ἀρτηρίτιδος ἢ μιᾶς ἐλκώδους συφιλιδικῆς γαστρίτιδος γ) Αἰ Ἴ ν ο — οὐ λ ῶ δ ε ι ς ἄ λ λ ο ι ῶ σ ε ι ς, ἀποτελούμεναι ἀπό οὐλᾶς λευκαζούσας, σκληράς, αἵτινες παραμορφώνουν τὰ τοιχώματα καί συνυπάρχουν μετὰ τῶν κομμιωμάτων καί τῶν ἐξελκώσεων, δημιουργοῦσαι μεσογαστρικάς ἢ πυλωρικές στενώσεις. Μία εἰδική μορφή εἶναι ἡ λ ι ν ι τ ι κ ῆ τοιαύτη, χαρακτηριζομένη ἀπό ἰνώδη ὑπερπλασίαν μέ πάχυνσιν κυρίως τοῦ ὑποβλεννογονίου, ἄνευ καρκινωματοῶδων κυττάρων.

Εἰς ὅλας ὁμως αὐτάς τὰς περιπτώσεις τὸ ἀπαραίτητον στοιχεῖον διὰ τὴν διάγνωσιν εἶναι ἡ ἀνεύρεσις ἐντὸς τῶν ἀλλοιώσεων τῆς εἰδικῆς σπειροχαίτης. Ἡ παρουσία ὁμως ταύτης σπανιώτατα παρετηρήθη μετὰ βεβαιότητος.

α) Κ λ ι ν ι κ ῆ εἰ κ ῶ ν: Εἶδομεν ἤδη, ὅτι ἴδια συμπτώματα τῆς γαστρικῆς συφιλίδος δὲν ὑπάρχουν, καί ὅτι αὕτη προσλαμβάνει μορφὰς ἄλλων γνωστῶν γαστρικῶν παθήσεων. Θὰ σκεφθῶμεν κυρίως τὴν γαστρικὴν συφιλίδα, ὅταν μία οἰαδῆποτε γνωστὴ πάθῃσις τοῦ ὄργανου τούτου ἐξελισσεται ἀνωμάλως. Οὕτως, εἰς περίπτωσιν διαγνωσθέντος ὄγκου τοῦ στομάχου, ἢ καλῆ γενικῆ κατάστασις τοῦ ἀρρώστου, ἢ βραδεῖα ἐξέλιξις τοῦ ὄγκου, ἢ διαπίστωσις πολλαπλῶν ἀλλοιώσεων, τὰ ἄτυπα ἀκτινολογικά σημεῖα, πάντα ταῦτα δίδουν ὑποψίας ὅσον ἀφορᾷ τὴν ὑπαρξιν συφιλίδος καί ἐνίοτε ἐπιβάλλουν μίαν δοκιμαστικὴν θεραπείαν. Ἐνώπιον μιᾶς τοιαύτης καταστάσεως ἐπιβάλλεται ἡ γενικὴ ἐξέτασις τοῦ ἀρρώστου, ἥτοι θ' ἀναζητηθῇ μία θετικὴ Wassermann, λευκοπλακία τοῦ στόματος, θὰ γίνῃ ἐξέτασις τῶν ὀφθαλμῶν, τῆς ἀορτῆς, τῶν ἀντανακλάσεων, τοῦ ὀσφυονωτιαίου ὕγρου.

Μία σύφιλις τοῦ στομάχου δυνατόν νά ἐκδηλωθῇ ὡς γαστρίτις μέ αἴσθημα βάρους κατὰ τὸ ἐπιγάστριον, πόνους ἢ αἴσθημα καύσου, μέ ἀνορεξίαν κυρίως ἢ καί βουλιμίαν, μέ μίαν ἐλαφρὰν πυρετικὴν κίνησιν. Συχνότατα συνυπάρχει ὑποχλωροδρία, ἀκτινολογικῶς δὲ πιθανὸν νά παρατηρηθῇ πάχυνσις τῶν πτυχῶν τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου.

Ἡ γαστρικὴ σύφιλις δυνατόν νά προσλάβῃ τὴν μορφήν ἐνός κ α ρ κ ἰ ν ο υ. Ὁ ὄγκος εἶναι ἐνίοτε ψηλαφητός, μέ τὰ γενικά συμπτώματα τοῦ καρκινοπαθοῦς, ἐνῶ ἄλλοτε ἡ γενικὴ κατάστασις εἶναι ἀρίστη. Ἡ μορφή αὕτη, ἀνατομικῶς, ἀντιστοιχεῖ εἰς μονήρη ἢ πολλαπλᾶ κομμιώματα ἢ εἰς μίαν κατὰ τὸ μᾶλλον ἢ ἥττον διάχυτον διήθησιν. Αἱ κλινικαὶ ἐκδηλώσεις χαρακτηρίζονται ἀπὸ ἀσαφῆ φαινόμενα, δια-

χύτους πόνους, από αΐσθημα καύσου, άνορεξίαν και συχνά έμέτους και μελαίνας αίματεμέσεις. 'Η έξέτασις τοῦ γαστρικοῦ ὕγρου δεικνύει άχλωρυδρίαν ἢ και άχυλίαν. 'Ακτινολογικῶς θά ἔχωμεν τήν εικόνα μιᾶς έλλείψεως μέ σαφή ὄρια. 'Εάν συνυπάρχουν και άλλα σημεῖα συφιλίδος, ἔχομεν τὸ δικαίωμα νά προβῶμεν εἰς δοκιμαστικὴν άντι-συφιλιδικὴν θεραπείαν, χωρίς ὅμως και νά παρατείνωμεν ταύτην ἐπί μακρόν. Εἶναι πάντως προτιμότερον νά χειρουργήσωμεν μίαν γαστρικὴν συφιλίδα παρά νά ἐπιτρέψωμεν τήν εξέλιξιν ἑνὸς καρκίνου.

'Η γαστρικὴ σύφιλις προσλαμβάνει ἐνίοτε τήν μορφήν π λ α σ τ ι κ ῆ ς λ ι ν ί τ ι δ ο ς. 'Ὡς γνωστόν, ἡ λινίτις ἀποτελεῖ ἰδιαιτέραν μορφήν ἐπιθηλιώματος, κατὰ τήν ὁποίαν ἡ σκλήρυνσις ἐπικρατεῖ τῆς νεοπλασίας. 'Ενίοτε ἡ σύφιλις προκαλεῖ ἕνα τοιοῦτον καρκίνον. 'Η άνεύρεσις άλλων ἐκδηλώσεων συφιλίδος, ἡ βραδεία εξέλιξις των, ἐπιτρέπουν τήν δοκιμαστικὴν θεραπείαν.

Κατόπιν μιᾶς βραδείας εξέλιξεως ἢ ἀκαθορίστων συμπτωμάτων ἡ γαστρικὴ σύφιλις δυνατὸν νά ἐξελιχθῆ ὡς σ τ ἔ ν ω σ ι ς τοῦ στομάχου, εἴτε ὑπὸ μορφήν τυπικοῦ καρκίνου τοῦ πυλωροῦ μέ φαινόμενα μεγάλης στενώσεως, εἴτε μέ τήν εικόνα μιᾶς κοινῆς στενώσεως τοῦ πυλωροῦ ἐξελισσομένης βραδέως και προοδευτικῶς. Συνήθως δίδει τήν χαρακτηριστικὴν εικόνα τοῦ διλόβου στομάχου, ἐνίοτε δέ και τριλόβου. Αἱ πολλαπλαῖ αὗται ἀλλοιώσεις συνηγοροῦν ὑπὲρ τῆς συφιλίδος.

Αἱ σχέσεις ἔ λ κ ο υ ς και σ υ φ ι λ ι δ ο ς τοῦ στομάχου παρουσιάζουν ἰδιαιτέρον ἔνδιαφέρον. 'Υπάρχουν μερικαὶ σπανιώταται περιπτώσεις, κατὰ τὰς ὁποίας κλινικῶς και ἀκτινολογικῶς δύναται τις νά παραδεχθῆ τὸ συφιλιδικὸν ἔλκος. Πρόκειται περὶ ἀρρώστων, οἱ ὅποιοι παρουσιάζουν πόνους οὐχὶ τοῦ τυπικοῦ τοῦ ἔλκους, κυρίως νυκτερινούς, ἄνευ ὅμως τῆς τυπικῆς περιοδικότητος. Αἱ γαστρορραγίαι ὑποτροπιάζουν συχνότατα. 'Ακτινολογικῶς ἔχομεν τήν χαρακτηριστικὴν φώλεάν τοῦ ἐλάσσονος τόξου τοῦ στομάχου. Εἰς τοὺς ἀρρώστους αὐτοὺς ἡ συνήθης θεραπεία τοῦ ἔλκους δέν ἐπιφέρει καμμίαν βελτίωσιν κλινικὴν ἢ ἀκτινολογικὴν, ἐνῶ ἐπιφέρει τοιαύτην ἢ εἰδικὴν ἀντισυφιλιδικὴν θεραπεία.

Αἱ περιπτώσεις αὗται εἶναι σπάνιαι, διὰ τήν ἐπιβεβαίωσίν των δέ ὁ Bockus ἀπαιτεῖ τὰ κάτωθι κριτήρια :

— 'Ελκωτικὸν σύνδρομον μέ θετικὰς ὀροαντιδράσεις.

— 'Εάν ἀκτινολογικῶς ἀποκαλυφθῆ τυπικὸν ἔλκος, τοῦτο κατὰ πᾶσαν πιθανότητα δέν εἶναι συφιλιδικῆς φύσεως, ἐφ' ὅσον ὅμως ἡ σύφιλις δύναται νά ἐπιβραδύνῃ τήν ἐπούλωσιν, πρέπει νά προστεθῆ και ἡ εἰδικὴν θεραπεία.

— Ἐάν ὑπάρχη τυπική ἀκτινολογική φωλεά μὲ ἀχλωρυδρίαν, θὰ ληφθῆ ὑπ' ὄψιν ἡ διάγνωσις γαστρικῆς συφιλίδος, ἂν καὶ αἱ περισσό-
τεραι τῶν περιπτώσεων ἀπεδείχθη, ὅτι ἦσαν ἐλκώδης καρκίνος.

— Ἡ ἐξαφάνισις τῆς φωλεᾶς καὶ τῶν ἐνοχλημάτων, κατόπιν
εἰδικῆς θεραπείας, ἡ αὐξησις τοῦ βάρους, ἡ διαπίστωσις πολλαπλῶν
ἀκτινολογικῶν ἀλλοιώσεων συνηγοροῦν ὑπὲρ τῆς συφιλίδος.

Αἱ γνήσιαι περιπτώσεις εἶναι σπανιώταται. Ἐκεῖνο τὸ ὁποῖον,
τούναντιον, παρατηρεῖται συχνά εἶναι οἱ εἰς ἀντισυφιλιδικὴν θερα-
πείαν ὑποβαλλόμενοι κοινοὶ ἐλκοπαθεῖς, τῶν ὁποίων τὰ ἐνοχλήμα-
τα ἐξαφανίζονται, ἵνα ἐπανέλθουν μετὰ τινὰς μῆνας.

Δύναται ἐξ ἄλλου κάλλιστα εἶς ἐλκοπαθῆς νὰ προσβληθῆ ἀπὸ
συφιλίδα ἢ ἕνας συφιλιδικὸς νὰ παρουσιάσῃ ἕνα ἔλκος, χωρὶς νὰ ὑ-
πάρχη καμμία ἀπολύτως σχέσις μετὰ τῶν δύο τούτων νόσων. Τὰ
ἐπιτευχθέντα εὐνοϊκά ἀποτελέσματα εἰς ἔλκος, κατόπιν ἀντισυφιλιδι-
κῆς θεραπείας, ὀφείλονται εἰς τὴν γνωστὴν κατὰ περιόδους ἐξέλιξιν
τούτου.

Ἐτι σπάνια εἶναι αἱ περιπτώσεις συφιλιτικοῦ ἔλκους τοῦ δω-
δεκαδακτύλου, συγγραφεῖς δὲ τινες, ὅπως ὁ Eustermann, ὁ Gutmann
ὁμολογοῦν, ὅτι οὐδέποτε παρετήρησαν ἀναλόγους περιπτώσεις.
Ἀντιθέτως, πολλὰ συφιλιδικὰ ἄτομα πάσχουν ἐξ ἔλκους τοῦ δωδε-
καδακτύλου, ἡ εἰδικὴ ὁμῶς θεραπεία οὐδέποτε ἐπέδρασε σαφῶς ἐπὶ
τούτου, τὰ δὲ ἄτομα ταῦτα τελικῶς ἐχειρουργήθησαν.

β') Ἡ γαστρορραγία. Ἄτομα μὲ ἐλεύθερον γαστρικὸν
ἀναμνηστικόν, παρουσιάζουν αἰφνιδίως μίαν ἢ περισσοτέρας αἵματε-
μέσεις. Οἱ ὄρρωστοι αὐτοὶ εἴτε ἀποθνήσκουν λόγῳ τῶν αἱμορρα-
γιῶν εἴτε αὐταὶ παύουν κατόπιν μιᾶς ἀντισυφιλιδικῆς θεραπείας.
Αἱ αἱμορραγίαι αὐταὶ εἴτε ἐπαναλαμβάνονται εἴτε ὄχι.

Εἰς ὅλας αὐτάς τὰς περιπτώσεις οὐδέποτε ἀνευρέθη ἔλκος. Ἐνί-
στε διεπιστώθη ἐξέλκωσις, ἀποτέλεσμα νεκρώσεως ἑνὸς κομμώμα-
τος. Αἱ γαστρορραγίαι αὐταὶ ἐξεδηλώθησαν εἰς παλαιούς συφιλιδι-
κοὺς ἢ εἰς ἄτομα μὲ σαφεῖς ἐκδηλώσεις συφιλίδος καὶ θετικὰς ὁρο-
αντιδράσεις. Εἰς ὅλους αὐτοὺς ἡ ἀντισυφιλιδικὴ θεραπεία ἐξαφα-
νίζει τὰς γαστρορραγίας ταύτας.

Πρόκειται περὶ εἰδικῆς μορφῆς γαστρικῆς συφιλίδος χαρακτη-
ριζομένης ἀπὸ τὴν ἔλλειψιν κλινικῶν συμπτωμάτων καὶ τὴν αἰφνιδίαν
ἐμφάνισιν τῶν γαστρορραγιῶν, αἵτινες ἴωνται χάρις εἰς τὴν ἀντισυ-
φιλιδικὴν θεραπείαν. Δυνατὸν ὁμῶς νὰ πρόκειται καὶ περὶ ἀπλῆς
συμπτωματικῆς λύσεως, δεδομένου ὅτι ὑπάρχουν καὶ γαστρορρα-
γίαι ἀγνώστου αἰτιολογίας, ὅπου ἡ σύφιλις δὲν παίζει κανένα ἀπο-
λύτως ρόλον.

Τέλος υπάρχουν και περιπτώσεις χαρακτηριζόμεναι από τήν ὕπαρξιν αιμορραγιῶν καί πόνων ἀτύπων, ἄνευ τῆς χαρακτηριστικῆς περιοδικότητος τοῦ ἔλκουσ, μέ συνύπαρξιν καί ἄλλων κλινικῶν ἢ ἐργαστηριακῶν ἐκδηλώσεων συφιλίδος. Εἰς ὅλας αὐτάς τὰς περιπτώσεις πρόκειται περί αιμορραγικῆς συφιλιδικῆς γαστρίτιδος.

ν. ΦΥΜΑΤΙΩΣΙΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ἡ φυματίωσις τοῦ ἐντέρου ἀποτελεῖ συχνήν ἐπιπλοκήν τῆς πνευμονικῆς τοιαύτης. Ἀντιθέτως, ἡ φυματίωσις τοῦ στομάχου εἶναι σπανία, ἐμφανίζεται δὲ εἴτε ὡς σπανία ἐντόπισις μιᾶς γενικῆς ἐξελικτικῆς καί βαρείας μορφῆς φυματίωσεως κατὰ τὴν βακιλλαιμίαν, εἴτε ὡς πρωτοπαθῆς, ὁπότε δύναται τις νὰ ἐλπίζῃ εἰς ἴασιν χάρις εἰς χειρουργικὴν ἐπέμβασιν.

Ἡ φυματίωσις τοῦ στομάχου κατὰ τὰς διεθνεῖς στατιστικὰς εἶναι πράγματι σπανία. Ἐπὶ 7416 γαστρεκτομῶν ὁ Good ἀνευρίσκει 3 περιπτώσεις, ὁ δὲ Palmer, ἐπὶ 17452, ἀνευρίσκει 19 περιπτώσεις. Ὁ αὐτὸς συγγραφεὺς ἐπὶ 96251 νεκροψιῶν εὗρεν 159 φυματίωσις τοῦ στομάχου, ἐπὶ ἄλλων δὲ 20585 νεκροψιῶν ἀποθανόντων ἐκ φυματίωσεως τῶν πνευμόνων ἀνευρίσκονται 117 περιπτώσεις.

Κατὰ τὴν ἐξέλιξιν μιᾶς πνευμονικῆς φυματίωσεως καί ἄνευ εἰδικῶν ἀνατομικῶν ἀλλοιώσεων τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου, ὅστις ἐμφανίζεται ἀπολύτως ὑγιῆς, παρατηροῦνται συχνότατα ἐνοχλήματα ἐκ τοῦ στομάχου, λειτουργικῆς φύσεως, ὀφειλόμενα πιθανώτατα εἰς τὴν γενικὴν μόλυνσιν.

Παρά τὴν μεγάλην συχνότητα μεθ' ἧς ἀνευρίσκονται βακτηρίδια Koch ἐντὸς τοῦ γαστρικοῦ ὕγρου, ἡ ἐκεῖ ἐντόπισις, ὡς εἶδομεν, εἶναι σπανία. Πολλοὶ ἀπόψεις ὑπεστηρίχθησαν, ἵνα ἐξηγήσουν τὰ αἷτια τῆς ἀντιστάσεως ταύτης τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου εἰς τὸν βάκιλλον τοῦ Koch. Ὑπεστηρίχθη ὁ προστατευτικὸς ρόλος τῆς γαστρικῆς βλέννης καί τοῦ γαστρικοῦ ὕγρου. Κατὰ τῆς θεωρίας ὁμως ταύτης φέρεται τὸ ἀναμφισβήτητον γεγονός, ὅτι ἔχει παρατηρηθῆ ὄχι μόνον ἀπλῆ ὑποχλωροδρία, ἀλλὰ καί πλήρης ἀχυλία, ἰδίως κατὰ τὴν τελικὴν φάσιν τῆς πνευμονικῆς φυματίωσεως, χωρὶς νὰ παρατηρηθῆ γαστρικὴ ἐντόπισις. Ὡς ἐκ τούτου ἀνεζητήθησαν ἄλλα αἷτια, ὅπως ἡ τοπικὴ ἀνοσία, ἡ ταχεῖα διάβασις τοῦ γαστρικοῦ περιεχομένου, ἡ πλήρης ἀπουσία λεμφατικοῦ ἴστου εἰς τὰ γαστρικὰ τοιχώματα.

Ἐάν ἐπομένως ἡ πεπτικὴ ὁδὸς δὲν εὐθύνεται διὰ τὴν ἐντόπισιν ταύτην, οὔτε καί ἡ λεμφατικὴ τοιαύτη δὲν εἶναι παραδεκτὴ, παρὰ μόνον εἰς τὰς σπανιωτάτας περιπτώσεις, κατὰ τὰς ὁποίας διάφοροι μορφαὶ γαστρικῆς φυματίωσεως ἔπονται μιᾶς φυματιώδους περιτονί-

τιδος. Πειράματα έχοντα σκοπόν τήν δημιουργίαν φυματιώσεως τοῦ στομάχου δι' ἀπ' εὐθείας έναποθέσεως βακίλλων ἀπέτυχον.

Ἐν τῇ πραγματικότητι τὸ βακτηρίδιον φθάνει εἰς τὸν στόμαχον διὰ τῆς γενικῆς κυκλοφορίας. Αἱ πλείσται φυματιώσεις τοῦ στομάχου, εἴτε ὀξείαι εἴτε χρόνιαι, ἔπονται μιᾶς ἐξωπνευμονικῆς ἐντοπίσεως: λευκοῦ ὄγκου, φυματιώσεως τῶν νεφρῶν, τῶν ὀστέων κ.λ.π. Ἀνατομικῶς ἐπίσης ἔχει διαπιστωθῆ, ὅτι αἱ περισσότεραι ἀλλοιώσεις, εἴτε πρόκειται περὶ φυματίων εἴτε περὶ ἐξελκώσεων, δημιουργοῦνται εἰς τὸν ὑποβλεννογόσιον. Ὁ Arloing κατόπιν ἐνδοφλεβίων ἐνέσεων βακίλλων Koch προκαλεῖ ἐξελκώσεις τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου, αἵτινες ὁμοιάζουν μὲ τὰς ἀνευρισκομένας εἰς τὰ χειρουργικὰ παρασκευάσματα. Τὸ γεγονός αὐτὸ δίδει τήν ὑπόνοιαν διασπάσεως ὑπὸ τοῦ βακίλλου βοῦτου τύπου τοῦ ἐντερικοῦ βλεννογόνου καὶ μιᾶς δευτεροπαθοῦς διασπορᾶς διὰ τῆς γενικῆς κυκλοφορίας, ἢ ἀπλούστατα λόγῳ ἀλλοιώσεως τοῦ βλεννογόνου ὑπὸ τῶν τοξινῶν.

Παθολογοανατομικῶς διακρίνονται ὡρισμένοι μορφαί:

1) Ἡ ἐλκώδης μορφή εἶναι ἡ πλέον συχνή. Τὸ ἔλκος τοῦτο, μονήρες ἢ πολλαπλόν, ἐδράζεται συνήθως ἐπὶ τοῦ ἐλάσσονος τόξου, παρὰ τὴν προπυλωρικὴν μοῖραν, παρὰ τὸ μείζον τόξον καὶ ἐπὶ τῶν ἐπιφανειῶν. Ἐδημοσιεύθησαν ἐπίσης περιπτώσεις τινῶν φυματιώδους ἔλκους τοῦ βολβοῦ. Φαίνεται ὅτι τοῦτο ὀφείλεται εἰς τὴν συρριγγοποίησιν μιᾶς ὑποβλεννογονίου ἐντοπίσεως καὶ ἀναπτύσσεται χάρις εἰς πολλαπλὰς διασπάσεις ἢ ρήξεις τοῦ βλεννογόνου. Τὸ μέγεθος τῶν ποικίλλει ἀπὸ κεφαλῆς καρφίδος μέχρι καὶ ταλλήρου. Εἶναι στρογγύλαι, ὠοειδεῖς ἢ καὶ πολυκυκλικαί, ὁμοιάζουσαι μὲ τὰ φυματιώδη ἔλκη τοῦ ἐντέρου, ἤτοι ἔχουν χεῖλη ἀνώμαλα, ἀποκεκολλημένα, σκληρά ἢ λεπτά καὶ μὲ κρατήρα ἀνώμαλον, διάσπαρτον ἀπὸ μικρὰ φυμάτια, ρυπαρὸν καὶ χρώματος φαιοκιτρίνου. Οἱ ἀδένες ἔχουν πάντοτε προσβληθῆ, εἶναι ποικίλου μεγέθους, διηθημένοι ἢ τυροειδοποιημένοι. Αἱ συνυπάρχουσαι ἀλλοιώσεις τῶν ἀγγείων εἶναι σημαντικαί, συνιστάμεναι εἰς ἐνδαρτηρίτιδα καὶ ἐνδοφλεβίτιδα. Ἐὰν ἐπέλθῃ αὐτόματος ἐπούλωσις θὰ παρατηρηθοῦν φαινόμενα συρρικνώσεως ἐκ σκληρύνσεως.

2) Ἡ διηθητικὴ καὶ ὑπερτροφικὴ μορφή ἐντοπίζεται γενικῶς κατὰ τὴν προπυλωρικὴν χώραν καὶ δίδει ἐνίοτε τὴν εἰκόνα νεοπλασίας. Καταλαμβάνει προοδευτικῶς τὸν στόμαχον καὶ δύναται νὰ ἐπεκταθῆ καὶ πέραν τοῦ πυλωροῦ μέχρι καὶ τοῦ βολβοῦ τοῦ δωδεκαδακτύλου. Ἐμφανίζεται ὑπὸ μορφήν σκληροῦ ὄγκου, ἐπιμήκους, τοῦ ὁποῖου τὸ μέγεθος ἐλαττοῦται ἐφ' ὅσον ἀπομακρυνόμεθα τοῦ

πυλωροῦ. Κατά τὴν διάνοιξιν τοῦ στομάχου διαπιστοῦται ἡ πάχυνσις τῶν τοιχωμάτων, ἀφορώσα ἰδίως τὸν ὑποβλεννογόσιον. Ἐνίοτε ὁ βλεννογόνος εἶναι ἀνέπαφος, ἄλλοτε ἐξηλωκωμένος, ἄλλοτε κατεστραμμένος. Τὸ σύνολον τῶν ἀλλοιώσεων συγγέεται μὲ μίαν γενικὴν φλεγμονὴν τῶν γαγγλίων, ἅτινα σχηματίζουν ἓνα περιγαστρικὸν ὄγκον συνοδευόμενον ἀπὸ πλαστικὴν ἀντίδρασιν τοῦ περιτοναίου. Ὁ κοκκιώδης οὗτος ἰστός, ὅστις δὲν προσβάλλει τὸν βλεννογόσιον, λόγω τῆς ἐπερχομένης ἐπουλώσεως δημιουργεῖ ἰνώδη συρρίκνωσιν, ἣτις δύναται νὰ καταλήξῃ εἰς στένωσιν τοῦ πυλωροῦ.

3) Ἡ ἀμιγῆς μορφή τύπου ὄγκου εἶναι πλέον σοβαρά, ἐντοπίζεται παρὰ τὴν πυλωρικὴν χώραν καὶ τείνει κυρίως πρὸς τὴν τυροειδοποίησιν.

4) Ἡ φλεγμονώδης μορφή εἶναι πλέον σπανία. Πρόκειται περὶ μιᾶς ἀδενωματούδους ἢ πολυποδοειδοῦς ἀναπτύξεως ὑπὸ τὴν ἐπίδρασιν μιᾶς φυματιώδους τοξικῆς καταστάσεως.

Κλινικὴ εἰκὼν: Εἰς τινὰς περιπτώσεις τὰ κλινικὰ συμπτώματα ἀπουσιάζουσι τελείως καὶ ἡ φυματίωσις τοῦ στομάχου ἀνακαλύπτεται τυχαίως κατὰ τὴν νεκροψίαν. Ἄλλοτε πάλιν προσλαμβάνουσι τὴν μορφήν μιᾶς δυσπεψίας, μὲ αἴσθημα βάρους, βραδεῖαν πέψιν, ἀνορεξίαν, αἴσθημα καύσου ἢ καὶ πόνους συνοδευόμενους ἀπὸ διαρροϊκὰ φαινόμενα. Σπανίως προσλαμβάνουσι τὴν κλινικὴν μορφήν ἑνὸς ἔλκους. Ἄλλοτε ὑποδύονται ἓνα καρκίνον ἰδίως τοῦ πυλωροῦ, μετὰ πόνων, ἀπισχνάνσεως καὶ ἐμέτων. Συνήθως, ὅπως καὶ εἰς ἡμετέραν περίπτωσιν, ψηλαφᾶται παρὰ τὸ ἐπιγαστρικὸν εἰς ἐπιμήκη καὶ σκληρὸν ὄγκον, ὅστις ἔχει τοὺς χαρακτῆρας νεοπλασματος, διὰ τὸ ὅποιον καὶ χειρουργεῖται.

Ἡ διάρκεια τῆς νόσου δυνατόν νὰ εἶναι μακρά. Αἱ μεγάλαι γαστρορραγίαι δὲν εἶναι σπάνιαι. Αἱ μικροσκοπικαὶ τοιοῦται εἶναι συχνότατα. Εἰς τὰς ἐλκώδεις ἰδίως μορφὰς παρατηροῦνται συχνότατα διαρροϊκαὶ κενώσεις. Εἰς ὅλας αὐτάς τὰς περιπτώσεις καὶ εἰς ἀναλογίαν 50% ἀνευρίσκομεν ἐντόπισιν φυματιώσεως καὶ εἰς ἕτερον ὄργανον. Μία φυματίωσις τοῦ στομάχου δυνατόν νὰ ἐξελισσεῖται ἐπὶ δύο ἢ καὶ τρία ἔτη.

Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις θ' ἀποκαλύψῃ ἄλλοτε μὲν μίαν ἀκαμψίαν, ἄλλοτε μίαν φωλεάν, ἄλλοτε μίαν ἑλλειψιν. Εἰς τὴν τελευταίαν ταύτην περίπτωσιν ὑπάρχουσι δύο σημεῖα, τὰ ὅποια τὴν διαχωρίζουσι κάπως ἀπὸ τὴν εἰκόνα ἑλλείψεως τοῦ καρκίνου. Οὕτως εἰς περίπτωσιν φυματιώσεως δυνατόν αὕτη νὰ ἐπεκταθῇ καὶ πρὸς τὸν βολβόν,

γεγονός τὸ ὁποῖον οὐδέποτε παρατηρεῖται εἰς τὸν καρκίνον. Ἐπίσης ἡ σύγκρισις τῆς ἑλλείψεως ταύτης εἰς τὰς διαφόρους ἀκτινογραφίας δεικνύει, ὅτι αὕτη δὲν εἶναι πάντοτε ὁμοία, ἀλλὰ ὅτι διατηρεῖ σχετικὸν βαθμὸν εὐκαμψίας. Ἐπίσης κατὰ τὴν ἀκτινοσκόπησιν τὸ γεγονός, ὅτι ὁ ψηλαφώμενος παρὰ τὸ ἐπιγάστριον ὄγκος δὲν ἀποχωρίζεται τοῦ στομάχου συνηγορεῖ ὑπὲρ τῆς φυματιώσεως.

Ἡ διάγνωσις ἐπομένως μιᾶς φυματιώσεως τοῦ στομάχου θὰ βασισθῇ:

— Ἐπὶ τῆς ἡλικίας τοῦ ἀτόμου (ἄτομα νέα, ἂν καὶ τοῦτο δὲν εἶναι ἀπόλυτον).

— Εἰς τὴν βραδεῖαν ἐξελίξιν.

— Εἰς τὴν συνύπαρξιν ἄλλης ἐντοπίσεως φυματιώδους φύσεως. Μία γαστρορραγία εἰς ἄτομον πάσχον ἐκ φυματιώσεως εἶναι ἐξαιρετικῶς ὑποπτος διὰ γαστρικὴν ἐνιόπισιν.

Ἀπὸ ἀπόψεως θεραπείας καὶ ὁσάκις ἡ κατάστασις τοῦ ἀρρώστου ἐπιτρέπει, συνιστᾶται ἡ γαστρεκτομή. Ὅπου αὕτη δὲν κατέστη δυνατὴ ἡ γαστροεντεροαναστόμωσις δίδει εὐνοϊκὰ ἀποτελέσματα, ἐν συνδυασμῷ φυσικὰ μετὰ μιᾶς γενικῆς θεραπείας, μὲ τὰ νεώτερα μέσα, στρεφομένης κατὰ τῆς φυματιώσεως.

VI. ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

Ἡ μεγάλη συχνότης τῶν κακοήθων ὄγκων τοῦ στομάχου καὶ ἡ κάπως εὐχερεστέρα διάγνωσις των, παραγνῶριζει συνήθως τὴν ὑπαρξιν τῶν καλοήθων ὄγκων. Καὶ ὅμως καὶ οἱ ὄγκοι οὗτοι παρουσιάζουν κοινὰ προβλήματα μὲ τοὺς κακοήθεις καὶ ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον χρῆζουσι τῆς αὐτῆς θεραπείας. Ἡ μὴ συχνὴ διάγνωσις των ὀφείλεται εἰς τὴν ἀθόρυβον ἐξέλιξιν των, μέχρις ὅτου ἐκδηλωθοῦν συνήθως διὰ μιᾶς μεγάλης γαστρορραγίας. Ἀλλὰ καὶ ἡ ἀκτινολογικὴ διάγνωσις των ἀποβαίνει δυσχερῆς, ἐνῶ ἡ γαστροσκόπησις δύναται πολλάκις νὰ προσφέρῃ ὑπηρεσίαν. Ἀλλὰ καὶ ὅταν διαπιστωθῇ ἡ ὑπαρξίς των, εἶναι σχεδὸν ἀδύνατον νὰ βεβαιώσῃ τις ὅτι δὲν εἶναι κακοήθεις ἢ ὅτι δὲν ἔχουν ὑποστῆ τὴν κακοήθη ἐξαλλαγὴν. Ὡς ἐκ τούτου νομίζομεν, ὅτι ἡ λεπτομερεστέρα κάπως μελέτη των εἶναι ἀπαραίτητος.

Τὸ 1732 ἀνεφέρθη ὑπὸ τοῦ Ruysch ἡ πρώτη περίπτωσις καλοήθους ὄγκου τοῦ στομάχου. Ἐπρόκειτο περὶ δερμοειδοῦς κύστεως τοῦ γαστρικοῦ τοιχώματος. Τὸ 1762 ὁ Morgagni ἐδημοσίευσε τὴν πρώτην μακροσκοπικὴν περιγραφὴν ἐνός μυώματος. Τὸ 1827 ὁ Webster περιέγραψεν ἓν Ἴνωμα, τὸ ὁποῖον εἶχεν ὑποστῆ μερικὴν ὀστεοποίησιν. Τὸ 1833 ὁ Cruveilhier ἀνέφερε τὴν πρώτην περίπτωσιν πολλὰ

πλῶν πολυπόδων, 40 τὸν ἀριθμὸν, οἵτινες ἀνευρέθησαν κατὰ τὴν νεκροψίαν. Ὁ Menetrier, τὸ 1888, μελετῶν τὴν γαστρικὴν πολυποδίασιν, διεχώρισε ταύτην εἰς δύο κατηγορίας, τὰ πολυποδῶδη ἀδενώματα καὶ τὰ διάχυτα πολυαδενώματα. Ἐκτοτε ἀνεφέρθησαν πλείοι οἱ περιπτώσεις, τὸ δὲ 1922 ὁ Schindler διεγένωσε γαστροσκοπικῶς τὴν πρώτην περίπτωσιν ὄγκου.

Ἡ συχνότης τῶν καλοήθων ὄγκων τοῦ στομάχου ποικίλλει ἀναλόγως τῶν στατιστικῶν. Συγγραφεῖς τινες ἀναφέρουν συχνότητα 1—5%, ἐνῶ ἄλλοι, βασιζόμενοι ἐπὶ νεκροψιῶν, ἀναβιβάζουν ταύτην εἰς 17—26%. Ὁ Schindler ἐπὶ ὄλων τῶν ἀρρώστων τῶν ἐξετασθέντων γαστροσκοπικῶς ἀνευρίσκει ποσοστὸν 1,5—2%.

Ἐλάχιστα εἶναι γνωστά ὅσον ἀφορᾷ τὴν αἰτιολογίαν τῶν καλοήθων ὄγκων. Οὗτοι θεωροῦνται εἴτε συγγενεῖς εἴτε ἐπίκτητοι—ἀποτελεσμα χρόνιου ἐρεθισμοῦ, ὅστις προκαλεῖ φλεγμονὴν καὶ δευτεροπαθῆ ὑπερτροφίαν τῶν ἰσθῶν. Οἱ περισσότεροι τῶν ὄγκων ἐδράζονται ἐπὶ τοῦ πυλωρικοῦ ἄντρου, ἐπὶ τοῦ σώματος τοῦ στομάχου καὶ ἐλάχιστοι κατὰ τὸ καρδιακὸν τμήμα.

Ὅσον ἀφορᾷ τὴν παθογένειαν τούτων ἐλάχιστα γνωρίζομεν καὶ ὡς ἐκ τούτου καὶ ἡ ταξινόμησις των ἄλλοτε βασιζεῖται ἐπὶ τῆς ἱστολογικῆς των ὕφης καὶ ἄλλοτε ἐπὶ τῆς συχνότητός των. Ἄλλοι τοὺς κατατάσσουν ἀναλόγως τοῦ ἱστοῦ ἐξ οὗ προέρχονται. Πράγματι, οἱ ὄγκοι οὗτοι ἔχουν ποικίλην προέλευσιν, δυνάμεθα δὲ νὰ τοὺς κατατάξωμεν ἀναλόγως τοῦ ἱστοῦ εἰς βάρος τοῦ ὁποίου ἀνεπτύχθησαν, π.χ. τοῦ συνδετικοῦ ἱστοῦ (ἰνώματα, λιπώματα), τῶν μυϊκῶν τοιχωμάτων (λειομύωματα), εἰς βάρος τοῦ συμπαθητικοῦ νευρικοῦ συστήματος τοῦ στομάχου (νευρινώματα), τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου (ἀδενώματα). Δύνανται ὅμως νὰ σχηματισθοῦν καὶ ἐξ ἐκτόπου ἱστοῦ ἐντὸς τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου, ὅπως π.χ. τοῦ παγκρέατος.

Δυνάμεθα ἐπίσης νὰ τοὺς κατατάξωμεν ἀναλόγως τοῦ βλαστικοῦ δέρματος ἐκ τοῦ ὁποίου προέρχονται

α) ὄγκοι προερχόμενοι ἐκ τοῦ ἔξω βλαστικοῦ δέρματος: Ἐπιθηλιακοὶ ὄγκοι: ἀδενώματα, πολυαδενώματα, πολυποδίασις, θήλωμα. Νευρογενεῖς ὄγκοι: νευρίνωμα.

β) ὄγκοι προερχόμενοι ἐκ τοῦ λείου μυϊκοῦ μύος: λειομύωμα. ὄγκοι ἐκ τοῦ συνδετικοῦ ἱστοῦ: ἰνώμα, λίπωμα.

γ) ὄγκοι προερχόμενοι ἐκ τοῦ ἔσω βλαστικοῦ δέρματος: Ἀγγεῖωμα, αἱμαγγεῖωμα, λεμφαγγεῖωμα.

δ) Διάφορα καλοήθη νεοπλάσματα: Ἐκτοπος παγκρεατικός

ιστός, δερμοειδής κύστις, μύξωμα, χόνδρωμα, όστέωμα και λέμφωμα.

Έκ τών άνω άναφερθέντων καλοήθων όγκων θά περιγράψω-μεν τούς πλέον συχνούς άφ' ένός, τούς παρουσιάζοντας ιδιαίτερον θεραπευτικόν ένδιαφέρον άφ' έτέρου. Άπό κλινικής άπόψεως δέν ύπάρχουν ίδια συμπτώματα δι' έκαστον είδος όγκου. Υποπτεύεται τις τήν ύπαρξίν των παρουσιάζ άτύπων συμπτωμάτων. Η κλινική των εικών έξαρτάται άπό διαφόρους παράγοντας, όπως τό μέγεθος των, ή έντόπισις των πλησίον ή μακράν των στομιών τοῦ στομάχου, άπό τήν ένδο—ή έξωγαστρικήν πίεσιν τήν όποιάν προκαλοῦν. Οὔτως οί έξωγαστρικοί ίδίως όγκοι παραμένουν άνευ συμπτωμάτων μέχρις ότου αύξήσουν εις μέγεθος. Οί ένδογαστρικοί όγκοι προκαλοῦν περισσότερα έννοχλήματα. Έδραζόμενοι παρά τό καρδιακόν στόμιον δυνατόν νά προκαλέσουν δυσφαγίαν, πλησίον τοῦ πυλωροῦ μόνιμον ή διαλείπουσαν άπόφραξιν. Μισχωτοί, δύνανται νά εισέλθουν έντός τοῦ δωδεκαδακτύλου, προκαλοῦντες πόνους, έμέτους, αίμορραγίας, άπόφραξιν. Μακράν τών στομιών παραμένουν άσυμπτωματικοί, μέχρις ότου προκληθῆ έξέλκωσις ή αίμορραγία. Πράγματι, ή αίμορραγία είναι τό πλέον σημαντικόν σύμπτωμα τών καλοήθων όγκων τοῦ στομάχου, δύναται δέ νά προέλθῃ άπό έξέλκωσιν τοῦ βλεννογόνου ύπερθεν τοῦ όγκου. Ποικίλης ποσότητος, δύναται νά προκαλέσῃ είτε άναιμίαν είτε μεγάλην έφ' άπαξ αίματέμεσιν. Η αίματέμεσις είναι τό σπουδαιότερον και πλέον χαρακτηριστικόν σύμπτωμα τών άδενωμάτων, τών λειομυωμάτων και τών όγκων νευρογενοῦς φύσεως. Η λόγω τῆς αίμορραγίας έπερχομένη άναιμία είναι υπόχρωμος σιδηροπενική, προσλαμβάνει όμως ένίστε και τήν εικόνα πρωτοπαθοῦς κακοήθους άναιμίας, όποτε ύποθέτει τις τήν ύπαρξιν άτροφικής γαστρίτιδος, πολύποδος, καρκίνου.

Η άχλωρυδρία συνήθως συνυπάρχει με μίαν διάχυτον πολυποδιασιν, όποτε πρέπει νά φοβῆται τις τήν κακοήθη έξαλλαγήν.

Η διάγνωσις θά γίνῃ κυρίως χάρις εις τήν ακτινολογικήν εξέτασιν. Άλλά και αύτη έξαρτάται έκ τοῦ μεγέθους και τῆς έντοπίσεως τοῦ όγκου και ως έκ τούτου μικροί τό μέγεθος όγκοι διαφεύγουν τήν προσοχήν. Θά παρατηρήσωμεν ως επί τό πλείστον εικόνας «έλλείψεων», αίτινες έχουν ίδίους χαρακτήρας, άν και αρκετά συχνά συγχέονται με καρκίνον.

Αι έλλείψεις αύται είναι μονήρεις ή πολλαπλάι, όπως κατά μίαν πολυποδιασιν. Οὔτω, παρά τήν πυλωρικήν ίδίως χώραν, διακρίνονται μικραί έλλείψεις, μεγέθους λεπτοκαρύου, με στρογγύλα όρια, ή

μία παρά την άλλην ἢ καὶ διασταυρούμεναι, ὅποτε θὰ ἔχωμεν εἰκόνα «φυσαλίδων σάπωνος».

Εἰς περίπτωσιν μονήρους καὶ μεγαλυτέρου μεγέθους ὄγκου, ὅπως τὸ νευρίνωμα, θὰ διακρίνωμεν ἐντὸς τοῦ στομάχου στρογγύλην εἰκόνα σαφῶς ἀφοριζομένην τῶν τόξων. Αἱ περισταλτικαὶ κινήσεις παραμορφώνουν ἐνίοτε τὴν εἰκόνα ἢ διέρχονται ὑπερθεν ταύτης. Ἡ ἔντασις τῶν ἐλάχιστα ἐπηρεάζεται, δυνατὸν ὁμως νὰ παρατηρηθοῦν φαινόμενα στάσεως. Αἱ περιβάλλουσαι τὸν ὄγκον πτυχαὶ δὲν διακόπτονται, δὲν ἐξαφανίζονται καὶ δὲν παραμορφοῦνται. Ἐάν ὁ ὄγκος ἐξελεκθῆ, θὰ παρατηρήσωμεν εἰς τὸ κέντρον τῆς ἐλλείψεως μίαν σκιερὰν κηλῖδα—γνησίαν φωλεάν. Γενικῶς, ἐπομένως, δυνάμεθα νὰ εἴπωμεν, ὅτι ἡ ἀκτινολογικὴ εἰκὼν ἐνὸς καλοήθους ὄγκου εἶναι εἰκὼν ἐλλείψεως, ἣτις δὲν προσβάλλει τὰ τόξα τοῦ στομάχου, δὲν ἐπηρεάζει τὴν κινητικότητα, δὲν καταστρέφει τὰς πτυχὰς καὶ δὲν παρουσιάζει τὴν εἰκόνα φωλεᾶς, ἐντομῶν ἢ ἄλλων παραμορφώσεων ἐκ σπασμοῦ.

Ἡ γαστροσκόπησις ἐν συνδυασμῷ μετὰ τῆς ἀκτινολογικῆς ἐξετάσεως βοηθεῖ ἔτι περισσότερον τὴν διάγνωσιν. Δέον ὁμως νὰ ὑπομνησθῆ, ὅτι οἱ ὄγκοι οἱ προερχόμενοι ἐκ τοῦ μέσου βλαστικοῦ δέρματος ἄνευ ἐξελεκώσεως δὲν ἔχουν γαστροσκοπικὰ εὐρήματα, ἐφ' ὅσον ὁ συνδετικὸς ἱστὸς καὶ οἱ ἄλλοι ὑποβλεννογόνοι ὄγκοι καλύπτονται συνήθως ἀπὸ φυσιολογικὸν βλεννογόνον. Οἱ πολύποδες διαγιγνώσκονται ἀρκετὰ εὐκόλως, ἀρκεῖ νὰ μὴ ἐδράζωνται ἐπὶ ζωνῶν μὴ ἐξερευνημένων ὑπὸ τοῦ γαστροσκοπίου. Δὲν πρέπει ὁμως νὰ παροραθῆ τὸ γεγονός, ὅτι ὅσον καλοήθης καὶ ἂν εἶναι ἡ ὄψις ἐνὸς πολύποδος οὗτος δύναται ἱστολογικῶς καὶ νὰ εἶναι κακοήθης. Ἐχουν ἀναφερθῆ πολλαὶ περιπτώσεις τοιούτων πολυπόδων, οἵτινες παρηκολουθοῦντο γαστροσκοπικῶς ἐπὶ πολὺ χρονικὸν διάστημα καὶ τέλος κατὰ τὴν ἐγχείρησιν ἀπεδείχθη, ὅτι εἶχον ὑποστῆ τὴν κακοήθη ἐξαλλαγήν.

* * *

Κατωτέρω θὰ περιγράψωμεν τοὺς καλοήθεις ἐκείνους ὄγκους, οἵτινες παρουσιάζουν ἰδιαιτερον ἐνδιαφέρον.

1) Schwannome ἢ νευρινώματα ἢ γλοιώματα. Ἀρκετὰ συχνοὶ κατὰ τοὺς Γάλλους συγγραφεῖς, κάπως σπανιώτεροι διὰ τοὺς Ἀμερικανούς, ὑπερβαίνουν τὸ 11% ἐπὶ τῶν καλοήθων ὄγκων. Ἐδράζονται κυρίως ἐπὶ τοῦ ἐλάσσονος τόξου τοῦ στομάχου, ἐκκινοῦν δὲ ἐκ τοῦ ὑποβλεννογονίου καὶ ἀναπτύσσονται εἴτε ἐντὸς εἴτε ἐκτὸς τοῦ στομάχου. Ἐχομεν ἐπομένως δύο ποικιλίας: Τὰ ἐνδογαστρικὰ, διαφόρου μεγέθους, πορτοκαλλίου κ.λ.π., μετὰ ἢ ἄνευ μίσχου. Ἐνίο-

τε ὁ φυσιολογικῆς ὄψεως βλεννογόνος ἐξελκοῦται εἰς τὸ κέντρον. Τὰ ἐξωγαστρικὰ ἀναπτύσσονται ἐκτὸς τοῦ στομάχου, μετὰ τοῦ ὁποίου συνδέονται δι' ἑνὸς μίσχου ποικίλου μήκους καὶ δύνανται νὰ ὑποστοῦν κυστικὴν ἐκφύλισιν. Ὑφίστανται ἐπίσης, μετὰ μακρὰν ἐξέλιξιν, τὴν κακοήθη ἐξαλλαγὴν. Τὰ νευρινώματα τοῦ στομάχου δυνατὸν νὰ συνυπάρχουν μὲ μίαν γενικὴν νευροϊνωμάτωσιν ἢ νόσον τοῦ Von Recklinghausen.

2) Ἀδενώματα: Γνωστὰ ἰδίως ὡς πολυπόδες τοῦ στομάχου. Μονήρεις ἢ τρεῖς ἢ τέσσαρες τὸν ἀριθμὸν, ἢ καὶ πολυαριθμότεροι, ὁπότε καλύπτουν τὴν ἔσω ἐπιφάνειαν τοῦ στομάχου, δημιουργοῦντες τοιοῦτοτρόπως τὴν διάχυτον πολυποδιάσιν. Ἐδράζονται κυρίως παρὰ τὸ προπυλωρικὸν ἄντρον. Τὸ μέγεθός των ποικίλλει ἀπὸ πῖσου μέχρι κερασίου καὶ ἔτι περισσότερον. Σχήματος στρογγύλου, μὲ λείαν καὶ ἐξέρυθρον ἐπιφάνειαν, μετὰ ἢ ἄνευ μίσχου, ἐξορμῶνται ἐξ ἑνὸς φυσιολογικῆς ὄψεως βλεννογόνου. Ἡ ἐξέλιξις των παρουσιάζει ἴδιον ἐνδιαφέρον λόγῳ τῶν γαστρορραγιῶν, τῆς ὀξείας ἀποφράξεως τοῦ πυλωροῦ καὶ κυρίως λόγῳ τῆς ἰδιαιτέρας τάσεώς των πρὸς τὴν κακοήθη ἐξαλλαγὴν. Δέον ἐπίσης νὰ σημειωθῇ ἡ συνύπαρξις γαστρικοῦ πολυπόδος μετὰ ἀναιμίας τύπου Biermer.

3) Λειομύματα: Οἱ ὄγκοι οὗτοι εἶναι σπάνιοι, διακρίνονται δὲ εἰς ἰνώματα, μυώματα καὶ ἰνομύματα. Ἐκπορεύονται ἐκ τοῦ μυϊκοῦ στρώματος, ἐδράζονται συνήθως παρὰ τὴν πυλωρικὴν χώραν, εἶναι μονήρη ἢ πολλαπλᾶ, μετὰ ἢ ἄνευ μίσχου. Διακρίνομεν τρεῖς ποικιλίας: α) τὰ ἐνδογαστρικά, β) τὰ ἐνδοτοιχωματικά, καλυπτόμενα ὑπὸ ὑγιῶς βλεννογόνου καὶ γ) τὰ ἐξωγαστρικά, συνδεόμενα μὲ τὸν στόμαχον δι' ἑνὸς μίσχου.

4) Λιπώματα: Καλοήθεις ὄγκοι τοῦ στομάχου ἐκ τῶν πλέον σπανίων, παρατηρούμενοι ἰδίως εἰς τὰ ἡλικιωμένα ἄτομα. Καὶ οὗτοι ἐδράζονται συνήθως παρὰ τὴν πυλωρικὴν χώραν. Μετὰ ἢ ἄνευ μίσχου, μονήρεις ἢ πολλαπλοί, μικροῦ συνήθως μεγέθους καὶ σχήματος ὠσειδοῦς ἢ ἀπιοειδοῦς. Περισσότερον ὑπορογόσιοι παρὰ ὑπὸ τὴν μυϊκὴν στιβάδα, σπανίως ὑφίστανται τὴν κακοήθη ἐξαλλαγὴν. Ἡ ἐπιφάνειά των εἶναι λεία καὶ χρώματος κιτρίνου. Ἀποτελοῦνται συνήθως ἐκ λιπώδους ἰστοῦ μὲ πολλαπλᾶ ἀγγεῖα. Ἡ ἱστολογικὴ διάγνωσις σπανίως τίθεται πρὸ τῆς χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως.

5) Ἀγγειώματα: Ἀνατομικῶς διεπιστώθησαν τὸ 1855 ὑπὸ τοῦ Rokitsansky. Ἐντοπιζονται εἴτε εἰς τὸν στόμαχον εἴτε εἰς τὸ δωδεκαδάκτυλον. Ἀναπτύσσονται κυρίως ἐκ τῶν ἀγγειακῶν χώρων τοῦ

υποβλεννογονίου καὶ δύνανται νὰ ἐπεκταθοῦν πρὸς ὅλα τὰ στρώματα τοῦ στομάχου. Τὸ μέγεθός των ποικίλλει. Μικρόν, διαφαίνεται ὑπὸ τὸν βλεννογόνον, χρώματος ἐρυθροῦ ἢ κυανοῦ, μονήρες ἢ πολλαπλοῦν. Εὐκίνητον, μαλθακῆς συστάσεως, ἄνευ μίσχου. Ἄλλοτε τὸ ἀγγεῖωμα εἶναι διάχυτον, ὃ δὲ βλεννογόνος ἔχει ἀντικατασταθῆ ἀπὸ νέον ἰστόν, ἐπὶ τοῦ ὁποίου διακρίνονται πολλαπλᾶ ἀγγεῖα. Ἰστολογικῶς δυνατόν ν' ἀποτελοῦνται ἀπὸ τριχοειδῆ χωριζόμενα ὑπὸ συνδετικοῦ ἰστοῦ. Ἐτέρα μορφή εἶναι τὰ σ η ρ α γ γ ῶ δ η ἀ γ γ εῖ ῶ μ α τ α, ἔχοντα τὴν κατασκευὴν τῶν φυσιολογικῶν ὀργάνων στυσεως.

Τὰ ἀγγεῖωματα ταῦτα τοῦ στομάχου δυνατόν νὰ συνυπάρχουν καὶ μὲ ἕτερα τῆς αὐτῆς φύσεως, ἐδραζόμενα κατὰ μήκος τοῦ πεπτικοῦ σωλῆνος καὶ κυρίως τοῦ οἰσοφάγου καὶ ὀρθοῦ. Ἡ γενικὴ αὕτη ἀγγεῖωμάτωσις δυνατόν νὰ συνυπάρχη μὲ πορφυρικὰς κηλίδας, μὲ ἀγγεῖωματα τοῦ δέρματος. Συμπεριλαμβάνεται τότε εἰς τὸ γενικὸν πλαίσιον τῆς νόσου Rendu—Osler, τῆς ὁποίας τὸ κύριον χαρακτηριστικόν εἶναι αἱ αἰμορραγίαι. Τὰ γαστρικὰ ἀγγεῖωματα χαρακτηρίζονται ἀπὸ τὰς μεγάλας αὐτὰς γαστρορραγίας ἢ τούναντιον ἀπὸ μικρὰς ἀλλὰ συνεχεῖς, αἵτινες προκαλοῦν βαρεῖαν ἀναιμίαν.

VII. ΓΑΣΤΡΟΡΡΑΓΙΑΙ ΕΚ ΡΗΞΕΩΣ ΑΓΓΕΙΩΝ

Ἐχομεν ἐνίοτε μεγάλας αἱματεμέσεις, αἵτινες ἐκδηλοῦνται εἰς ἡλικιωμένα ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ἄτομα, ἄνευ γαστρικοῦ παρελθόντος, ἀλλὰ μὲ ἀρτηριοσκληρυντικὰς ἀλλοιώσεις καὶ ὑπέρτασιν. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς εὐθύνεται συνήθως μίᾳ θρόμβωσις ἢ ῥῆξις τελικοῦ ἀγγείου. Θὰ ὑποπτευθῶμεν μίαν τοιαύτην αἰτιολογίαν ὡσάκις, παρὰ τὴν μεγάλην γαστρορραγίαν, ἡ πτώσις τῆς συστολικῆς πίεσεως δὲν εἶναι σημαντικὴ. Ὁ Bockus ἀναφέρει περίπτωσιν αἱματεμέσεως εἰς ἡλικιωμένον ἄτομον ἄνευ γαστρικοῦ παρελθόντος, κατόπιν τῆς ὁποίας ἡ συστολικὴ πίεσις καθῆλθεν εἰς τὰ 130 χιλ. Hg. Μετὰ τὴν καταστολὴν τῆς γαστρορραγίας, αὕτη ἀνήλθεν εἰς τὰ 200 χιλ. Hg ὅπου καὶ παρέμεινεν. Ὁ ἄρρωστος αὐτός, πάσχων ἐξ ἀρτηριοσκληρύνσεως μὲ ἀρνητικὰς ἀκτινολογικὰς ἐξετάσεις τοῦ στομάχου, ἀπεβίωσε μετὰ ἐξάμηνον μὲ φαινόμενα ἡμιπληγίας. Καὶ ἡμεῖς ἐν τῇ Κλινικῇ παρετηρήσαμεν ἀναλόγους περιπτώσεις, μίαν τῶν ὁποίων εἰς νέον ἄτομον, ὑπέρτασικόν, ἧτις ἐπέφερε τὸν θάνατον ἐντὸς ἐλαχίστων ὥρων.

VIII. ΓΑΣΤΡΟΡΡΑΓΙΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΓΑΣΤΡΙΚΗΝ ΚΡΙΣΙΝ ΤΟΥ TABES.

Ἡ γαστρική αὕτη κρίσις περιεγράφη τὸ πρῶτον τὸ 1866 ὑπὸ τοῦ Delamarre, ὅστις τὴν ἀπέδωκεν εἰς νόσον τοῦ νωτιαίου μυελοῦ. Ἀλλὰ τὸ 1868, ὁ Charcot, 37 ὁλόκληρα ἔτη πρὸ τῆς ἀνακαλύψεως τῆς σπειροχαίτης ὑπὸ τοῦ Shaudin (1905), τὴν περιέγραψεν ὡς «γαστρικήν κρίσιν», ἐκδήλωσιν συφιλίδος τοῦ νωτιαίου μυελοῦ.

Ἡ κρίσις αὕτη χαρακτηρίζεται ἀπὸ τὴν ἀπότομον ἐμφάνισιν πόνων παρὰ τὸ ἐπιγαστριον, συνήθως λιαν ἐντόνων, ἀντανακλωμένων ὀπισθεν. Ἡ ἔντασις τοῦ πόνου ὀδηγεῖ ἐνίοτε μέχρι καὶ λιποθυμίας. Τοὺς πόνους αὐτοὺς συνοδεύουν σχεδὸν πάντοτε ἔμετοι, οἵτινες προηγούνται, ἐπιμένουν κατὰ τὴν κρίσιν καὶ συνεχίζονται μετὰ ταύτην. Εἶναι συνεχεῖς, οὐδεμίαν σχέσιν ἔχοντες μὲ τὴν τροφήν καὶ τόσον ἐπίμονοι, ὥστε νὰ προκαλέσουν φαινόμενα χλωροπενίας, ἀφυδατώσεως καὶ ἀλκαλώσεως.

Κατὰ τὰς κρίσεις ταύτας παρατηροῦνται καὶ αἱ γαστρορραγίαι, αἱ ὁποῖαι, ὅταν εἶναι μεγάλης ποσότητος, κινοῦν ὑποψίαις διὰ τυχόν συνυπάρχουσαν ὀργανικὴν νόσον τοῦ στομάχου, ὅπως καρκίνον ἢ ἔλκος, τὸ ὁποῖον, σημειωθῆτω, ἀνευρίσκεται συνυπάρχον εἰς ποσοστὸν 8%. Αἱ αἱμορραγίαι αὗται ἐκλήθησαν ὑπὸ τοῦ Charcot «μέλαιναί κρίσεις» καὶ ὀφείλονται εἰς διαχύτους αἱμορραγίας τοῦ βλεννογόνου.

Ἡ διάρκεια τῆς κρίσεως τοῦ tabes ποικίλλει ἀπὸ ὀλίγων ὥρων ἢ ἡμερῶν μέχρι καὶ δύο ἑβδομάδων. Ἀλλὰ καὶ ἡ ἔντασις τῆς δυνατὸν νὰ εἶναι ἡπιωτέρα, ἀλλὰ καὶ μεγαλυτέρας διάρκειας, ὅποτε καὶ ἡ διάγνωσις συγχέεται μὲ τὴν διάγνωσιν ἐνὸς ἔλκους, μιᾶς χολοκυστίτιδος, μιᾶς σκωληκοειδίτιδος κ.λ.π. Τὸ τέρμα τῆς κρίσεως χαρακτηρίζεται ἀπὸ τὴν ταχείαν ἀνάρρωσιν καὶ ὁ ἄρρωστος ἐπανευρίσκει τὴν ὑγείαν του διὰ πολλοὺς μῆνας.

Εἰς ὅλας αὐτάς τὰς περιπτώσεις δεόν ν' ἀναζητηθοῦν καὶ τὰ ἄλλα σημεῖα τῆς συφιλίδος διὰ τῆς πλήρους ἐξετάσεως τοῦ ἀρρώστου.

IX. ΓΑΣΤΡΟΡΡΑΓΙΑΙ ΕΞ ΑΝΩΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ἡ διαφραγματοκῆλη παρατηρεῖται συνηθέστερον ἀριστερά, ἐνίοτε ὅμως καὶ δεξιὰ, ὅπου διὰ τοῦ τρήματος εἰσεχώρησαν ἐντὸς τοῦ θώρακος ὁλόκληροι μοῖραι τοῦ παχέος ἢ καὶ τοῦ λεπτοῦ ἐντέρου. Συνήθως ὅμως, ὅπως εἶπομεν, αὕτη παρατηρεῖται ἀριστερά, ὅπου ὁ στόμαχος μόνος ἢ μετὰ τῆς σπληνικῆς καμπῆς τοῦ κώλου, εἴτε ὁλόκληρος εἴτε μοῖρα μόνον τούτου, εἰσέρχεται ἐντὸς τοῦ θώρακος.

Σπανίως ἢ κῆλη αὕτη ἐδημιουργήθη κατόπιν μιᾶς π ρ ο σ π α-

θείας, όποτε καί θά έκδηλωθῆ δι' όξέων κλινικῶν φαινομένων. Ἡ πλέον συχνή κήλη εἶναι ἡ τρυσυματική, κατόπιν κτυπήματος διά μαχαίρας, διά πολεμικοῦ ὄπλου κ.λ.π., έκδηλοῦται δέ ώρισμένον χρονικόν διάστημα μετά τόν τραυματισμόν. Τά κλινικά συμπτώματα δυνατόν νά μῆ έκδηλωθοῦν παρά μετά πάροδον πολλῶν ἐτῶν.

Εἶναι ὅμως δυνατόν ἡ κήλη νά εἶναι καί συγγενής, ἐξ ἀπλασίας τοῦ ἀριστεροῦ ὀπισθοπλαγίου τμήματος, γνωστοῦ ὡς τμήματος τοῦ Bochdalek.

Κλινικῶς μία τοιαύτη κήλη θά έκδηλωθῆ διά δυσπνοίας, ταχυκαρδίας, προκαρδίου ἄλγους. Ἄλλοτε πάλιν ἔχομεν κλινικά σημεῖα πλευριτίδος ἢ πνευμοθώρακος. Τό χαρακτηριστικόν ὅμως σημεῖον εἶναι ὅτι τά συμπτώματα ταῦτα ἐπηρεάζονται ἀπό τήν θέσιν ἣν ἔχει ὁ ἄρρωστος. Οὕτως ἡ κατάκλισις τά ἐξαφανίζει, ἐνῶ ἡ ἔγερσις τά ἐπαναφέρει.

Ἀκτινολογικῶς θά παρατηρήσωμεν, ὅτι ὁ πυθμῆν τοῦ στομάχου εὐρίσκεται ἐντός τοῦ θώρακος. Τοιουτοτρόπως ἡ λεπτή γραμμὴ δι' ἧς ἐρμηνεύεται ἀκτινολογικῶς τὸ διάφραγμα ἀντί νά εὐρίσκεται ὑπερθεν τοῦ στομάχου, διασταυρῶνει τοῦτον. Εἰς τὸ σημεῖον αὐτὸ τῆς διασταυρώσεως παρατηρεῖται μία ἐντομὴ παρά τὸ μείζον τόξον, ὃ δὲ ἀεροθάλαμος ἀνευρίσκεται κατακεκλιμένος ὑπερθεν τοῦ διαφράγματος.

Ἡ πλέον συχνὴ μορφή διαφραγματοκήλης εἶναι ἡ δημιουργουμένη μέσῳ τοῦ διηυρυσμένου οἰσοφαγικοῦ τμήματος εἴτε ἐκ συγγενοῦς ἀνωμαλίας εἴτε ἐκ μυϊκῆς χαλάσεως. Ἡ συχνότης τῆς κήλης ταύτης εἶναι μεγάλη, διά μερικοὺς δὲ συγγραφεῖς ὑπερβαίνει καί τήν τοῦ γαστροδωδεκαδακτυλικοῦ ἔλκουσ. Παρατηρεῖται κυρίως εἰς τὰς γυναῖκας, αἵτινες ἔχουν ὑπερβῆ τὸ 50ὸν ἔτος τῆς ἡλικίας των. Ἡ αἰτιολογία τῆς εἶναι πολύπλοκος. Εἰς τινὰς περιπτώσεις ὁ ρόλος τῶν τοπικῶν παραγόντων εἶναι ἐμφανής: Συγγενῆς ἀνωμαλία τοῦ οἰσοφαγικοῦ τμήματος, αὔξησης τῆς ἐνδοκοιλιακῆς πιέσεως λόγω ἀσκίτου, ὄγκου, κυήσεως, παραμορφώσεις τοῦ διαφράγματος λόγω κυφώσεως. Σπουδαιότερα ὅμως φαίνονται τὰ γενικά αἴτια, ἅτινα προκαλοῦν τήν χάλασιν τοῦ τμήματος.

Ἀπὸ ἀπόψεως ταξινομήσεως δυνάμεθα νά τὰς διακρίνωμεν εἰς καρδιοοισοφαγικὰς κήλας δι' ὀλισθήσεως, κήλην μετά θωρακικοῦ καρδιακοῦ στομίου καί φυσιολογικοῦ μήκους οἰσοφάγου, παραοισοφαγικὴν κήλην μὲ ὑποδιαφραγματικὴν μοῖραν καί τέλος κήλην ὀφειλομένην εἰς συγγενῆ βράχυνσιν τοῦ οἰσοφάγου, ὅποτε πρόκειται περὶ ἐκτοπίσεως μᾶλλον τοῦ στομάχου παρά περὶ κήλης.

Αί πλέον συχνάί εἶναι αἱ καρδιο—οισοφαγικά κήλαι, μικροῦ μεγέθους, οὐχί μόνιμοι καί ὡς ἐκ τούτου παραμένουσι πολλάκις ἀδιάνγνωστοι. Ἐκδηλοῦνται ὡσάκις αὐξάνει ἡ ἔνδοκοιλιακή πίεσις καί ἰδίως ὡσάκις ὁ κορμός κάμπτεται ἢ ἐν κατακλίσει, ἐξαφανίζονται δέ τὰ συμπτώματα κατὰ τὴν ὀρθίαν στάσιν. Τὸ ἀποκαλυπτικόν σημεῖον τούτων εἶναι οἱ πόνοι ὀπισθεν τῆς ξιφοειδοῦς ἀποφύσεως, ἀντανακλώμενοι πρὸς τὰ ἄνω, ὀπισθοστερνικῶς, μέχρι τοῦ τραχήλου ἢ καί τῶν ὠτων. Ποικίλης ἐντάσεως, ἐμφανίζονται κατόπιν προσπαθείας. Ὅταν π.χ. ὁ ἄρρωστος κύπτῃ, ἐμφανίζεται ὁ χαρακτηριστικὸς πόνος λόγῳ αὐξήσεως τῆς ἔνδοκοιλιακῆς πίεσεως, ἥτις ἀπώθει τὸν στόμαχον καί προκαλεῖ τὴν κήλην. Συνοδεύεται συχνά ἀπὸ μίαν πύρωσιν, ὀφειλομένην εἰς ἀναγωγὴν τῶν γαστρικῶν ὑγρῶν ἐντὸς τοῦ οἰσοφάγου. Ἄλλοτε ἐκδηλοῦται δι' ἐντόνου ὀπισθοστερνικοῦ αἰσθήματος καύσου. Ἡ ὀρθία στάσις ἐξαφανίζει τὰ ὡς ἄνω συμπτώματα. Οἱ ἔμετοι εἶναι σπάνιοι, ἢ δυσφαγία οὐχί συνεχής.

Ἡ ἐξέλιξις ποικίλλει. Ἄλλοτε τὰ συμπτώματα βελτιοῦνται, ἄλλοτε ἐπιδεινοῦνται, εἰς περίπτωσιν δὲ ἀναγωγῆς τῶν γαστρικῶν ὑγρῶν δημιουργεῖται μία πεπτική, συμφορητικὴ ἢ διαβρωτικὴ οἰσοφαγίτις. Ὡς ἐκ τούτου προκαλοῦνται αἱμορραγίαί καί ἀναιμίαί. Ἡ αἱμορραγία ἐξ ἄλλου δυνατὸν νὰ εἶναι καί τὸ ἀποκαλυπτικόν σημεῖον μιᾶς λανθανούσης διαφραγματοκῆλης. Αἱ αἱμορραγίαὶ αὗται δυνατὸν ἐπίσης νὰ ὀφείλωνται εἰς σύσφιγξιν τοῦ βλεννογόνου παρὰ τὸ σημεῖον τῆς κήλης ἢ εἰς ἓν ἐκεῖ σχηματισθὲν ἔλκος. Ὑπάρχουν ὅμως καί ἀναιμίαί λόγῳ διαφραγματοκῆλης, ὑπόχρωμοι, μὴ ὀφειλόμενοι εἰς τὰ προαναφερθέντα αἷτια καί ἀνεξηγήτου μέχρι σήμερον αἰτιολογίας.

Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις θὰ θέσῃ τὴν διάγνωσιν. Αὕτη θὰ λάβῃ χώραν ἀρχικῶς τοῦ ἄρρώστου ὄντος ἐν ὀρθίᾳ στάσει, οὕτως ὥστε νὰ ἀντιληφθῶμεν τὴν μορφολογίαν τοῦ οἰσοφάγου καί τοῦ στομάχου, θὰ συνεχισθῇ δὲ κυρίως εἰς θέσιν ὑπτίαν καί δεξιᾶν λοξήν, ἐνῶ πιέζομεν τὸ ἐπιγάστριον τοῦ ἄρρώστου, οὕτως ὥστε ν' ἀποκαλυφθῇ καλύτερον ἡ κήλη.

Ἡ κήλη θὰ παρατηρηθῇ ὑπερθεν τῆς ἔσω μοῖρας τοῦ ἀριστεροῦ ἡμιδιαφράγματος. Μεγέθους καρύου μέχρι καί πορτοκαλλίου, σχήματος στρογγύλου ἢ ὠοειδοῦς, ἐμφανίζει κατὰ τὴν ἄνω μοῖραν καί ἀριστερὰ μίαν ἐντομήν. Παρὰ τὸ σημεῖον αὐτὸ θὰ παρατηρήσωμεν συνήθως πολλὰς πτυχῆς τοῦ στομάχου, αἵτινες διακρίνονται λόγῳ τοῦ εὔρους των καί αἱ ὅποιαί, ἀφοῦ συγκλίνουν παρὰ τὸ σημεῖον ὅπου διασταυροῦται ὁ στόμαχος μετὰ τοῦ διαφράγματος, ἀπομα-

κρύνονται ἐκ νέου κάτωθεν τούτου. Θὰ παρατηρήσωμεν ἰδιαίτερος τὸν οἰσοφάγον, ἵνα ἐκτιμήσωμεν τὸ μέγεθος του. Εἰς περίπτωσιν φυσιολογικοῦ τοιοῦτου, λόγῳ τῆς ἀνόδου τοῦ καρδιακοῦ στομίου ὁ οἰσοφάγος λαμβάνει ὄψιν ἐλικοειδῆ. Εἰς περίπτωσιν βραχυ-οἰσοφάγου, οὗτος ἐμφανίζεται εὐθύς. Εἰς ὀρθίαν στάσιν ἢ κήλη συνήθως ἐξαφανίζεται.

Χ. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑΙ ΓΑΣΤΡΟΡΡΑΓΙΑΙ

Κατόπιν μιᾶς γαστρεκτομῆς εἶναι δυνατόν νὰ παρατηρηθοῦν αἰμορραγία. Αὗται δυνατόν νὰ ὀφείλωνται εἴτε εἰς τραυματισμὸν τοῦ βλεννογόνου εἴτε εἰς διάχυτον ἢ ἐντετοπισμένην παρά τὴν ἀναστόμωσιν γαστρίτιδα. Καὶ ὅταν ἀκόμη εἶναι μεγάλης ποσότητος, ἢ γαστρορραγία αὕτη ἔχει συνήθως εὐνοϊκὴν τὴν ἔκβασιν.

ΧΙ. ΓΑΣΤΡΟΡΡΑΓΙΑΙ ΕΚ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ

Αὗται ὀφείλονται συνήθως εἰς τραυματισμὸν τοῦ βλεννογόνου κατὰ τινὰ ἐξέτασιν, ὅπως καθητηριασμὸς τοῦ στομάχου, οἰσοφαγοσκόπησις, γαστροσκόπησις. Ἐξαιρετικὰ σπανίως ἐξωτερικὸς τις τραυματισμὸς κατὰ τὴν κοιλιακὴν χώραν θὰ προκαλέσῃ μεγάλην γαστρορραγίαν, λόγῳ ρήξεως ἀγγείου ἢ δημιουργίας αἱματώματος. Εἰς ὅλας αὐτάς τὰς περιπτώσεις θὰ πρέπη νὰ ἐλέγξωμεν τὴν τυχὸν πρὸ τοῦ τραυματισμοῦ ὑπαρξίν ὀργανικῆς βλάβης, ὅπως λ.χ. ἐνὸς ἔλκου.

Β' ΓΑΣΤΡΟΡΡΑΓΙΑΙ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΑΙ ΕΙΣ ΕΞΩΓΑΣΤΡΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

Ι. ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Τὰ νοσήματα τοῦ ἥπατος καὶ τοῦ σπληνός εὐθύνονται ἀναμφισβητήτως δι' ἓν μέγιστον ποσοστὸν γαστρορραγιῶν. Ἐκ τῶν πολλαπλῶν ἥπατικῶν αἰτίων μιᾶς γαστρορραγίας τὰ κυριώτερα εἶναι οἱ Ἴ κ τ ε ρ ο ἰ — ἥπατοκυτταρικοὶ ἢ ἀποφρακτικοὶ — καὶ αἱ κ ι ρ ρ ὴ σ ε ἰ ς. Εἰς δευτέραν μοῖραν δυνάμεθα νὰ κατατάξωμεν τὰς παθήσεις τῶν χοληφόρων ὁδῶν καὶ ἰδίως τὰς χρονίαις λιθιασικὰς χολοκυστίτιδας.

Ἡ κλινικὴ εἰκὼν τῶν γαστρορραγιῶν αὐτῶν εἶναι κοινὴ εἰς τὰ ἥπατοσπληνικὰ σύνδρομα. Πρόκειται γενικῶς περὶ μεγάλων αἱματεμέσεων, αἵτινες ἐπαναλαμβάνονται. Συνήθως αὗται συνοδεύονται καὶ ὑπὸ μεγάλης μελαίνης. Σπανίως ἡ-αἱμορραγία αὕτη θὰ ἐκδηλωθῇ μόνον διὰ μελαίνης, τῆς ὁποίας προηγήθησαν συμπτώματα ἐσωτερι-

κής αιμορραγίας. Δέν αποκλείεται όμως νά παρατηρήσωμεν εἰς τόν αὐτόν ἄρρωστον ἄλλοτε αιματεμέσεις, ἄλλοτε μελαίνας. Ἡ κατάστασις ἐνὸς τοιοῦτου ἄρρωστου εἶναι πάντοτε σοβαρά, λόγω τῆς ὀξείας αιμορραγικῆς ἀναιμίας. Καί ἂν δέν προκαλέσῃ τὸν ἄμεσον θάνατον, ἐπιβαρύνει ὀπωσδήποτε τὴν πρόγνωσιν. Συνήθως ἐμφανίζεται ὡς πρῶτος ἐκδήλωσις μιᾶς λανθανούσης καταστάσεως, ὅπως μιᾶς κηρρώσεως. Σπανίως δὲν θά ἐπαναληφθῇ ἢ δὲν θά ὑποτροπιᾶσῃ μετὰ ὀρισμένον χρονικὸν διάστημα ἐβδομάδων ἢ καὶ μηνῶν. Ἄλλοτε πάλιν ἡ γαστρορραγία ἐπέρχεται κατὰ τὴν ἐξέλιξιν μιᾶς ἤδη γνωστῆς κηρρώσεως ἢ κατὰ τὴν τελικὴν φάσιν ταύτης, μὲ ἄλλα φαινόμενα τελικῆς ἀνεπαρκειᾶς τοῦ ἥπατος.

1) **Ἰκτεροί.** α) **Ἡπατοκυτταρικοί:** Αἱ ἰκτερογόνοι ἠπατίτιδες αἱ ὀφειλόμεναι εἰς τὸν, οἱ λεγόμενοι καταρροϊκοὶ ἰκτεροί, δὲν προκαλοῦν συνήθως γαστρορραγίας. Αὗται ὅμως ἐμφανίζονται εἰς βαρείας περιπτώσεις, δηλαδὴ ὁσάκις ἡ ἠπατίτις ἐξελίσσεται πρὸς τὴν ὀξεϊαν ἢ ὑποξεϊαν ἀτροφίαν τοῦ ἥπατος. Αἰμορραγίας ἐπίσης θά παρατηρήσωμεν εἰς τὰς λοιμώδεις ἠπατίτιδας τὰς ὀφειλομένας εἰς παρατηρήσωμεν εἰς τὰς λοιμώδεις ἠπατίτιδας τὰς ὀφειλομένας εἰς λεπτοσπείρωσιν, ὅπου αὕτη ἀποτελεῖ ἓν ἀπὸ τὰ κύρια συμπτώματα τῆς νόσου (ἰκτεροαιμορραγικὴ σπειροχαίτωσις). Αἰμορραγοῦν ὡσαύτως αἱ τοξικαὶ ἠπατίτιδες ἐκ φωσφόρου, χλωροφορμίου κ.λ.π., ἐρμηνεύουσαι τὴν βαρύτητα καὶ τὴν ἐπέκτασιν τῶν ἀλλοιώσεων τοῦ ἠπατικοῦ κυττάρου. Ὅταν εἰς τὰς ἠπατίτιδας ταύτας, λοιμώδεις ἢ τοξικοῦ κυττάρου. Ὅταν εἰς τὰς ἠπατίτιδας ταύτας, λοιμώδεις ἢ τοξικὰς μὲ γαστρορραγίας, προστεθῇ καὶ ὁ ἰκτερος συνοδευόμενος καὶ ὑπὸ νευρικῶν συμπτωμάτων, θά ἔχωμεν τὴν κλινικὴν εἰκόνα τοῦ «βαρέος ἰκτέρου».

β) **Ἀποφρακτικοί:** Οὗτοι ὀφείλονται εἴτε εἰς λίθον εἴτε εἰς νεόπλασμα, δυνατόν δὲ νά παρουσιάσουν ὡσαύτως μεγάλας αιμορραγίας.

2) **Κηρρώσεις:** Ἀποτελοῦν τὸ κυριώτερον αἷτιον τῶν ὑπὸ μελέτην γαστρορραγιῶν. Τὸ 1/6 τοῦλάχιστον τῶν κηρρώσεων παρουσιάζει γαστρορραγίας.

— **Αἱ ἀλκοολικαὶ κηρρώσεις** ὑπερέχουν τῶν ἄλλων. Αἱ ὑπερτροφικαὶ μορφαὶ προδιαθέτουν κυρίως, καὶ ὄλως ἰδιαιτέρως αἱ μὴ συνοδευόμεναι ὑπὸ ἀσκίτου, ὡς καὶ ἐκεῖναι καθ' ἃς παρατηρεῖται μεγάλη διόγκωσις τοῦ σπληνός. Ἄλλὰ καὶ εἰς τὴν κίρρωσιν τύπου Laënnec παρατηροῦνται γαστρορραγίαί.

Μία γαστρορραγία δύναται νά ἐκδηλωθῇ ὑπὸ ποικίλας μορφᾶς καὶ εἰς διαφόρους φάσεις ἐξελίξεως τῆς νόσου. Οὕτως εἶναι δυνατόν ἡ αἰμορραγία νά ἐπέλθῃ πρῶτῳως, ἀποκαλύπτουσα τὴν λανθά-

νουςαν νόσον. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς δυνατόν νά ἔχουν προηγηθῆ πόνοι κατὰ τὸ ἐπιγάστριον, δυσπεπτικά φαινόμενα, πρόδρομος διάρροια. Ἡ ἐξέτασις τοῦ ἄρρώστου θ' ἀποκαλύψῃ τότε μίαν διόγκωσιν τοῦ ἥπατος, συνηθέστατα δέ καί τοῦ σπληνός. Φυσικά θ' ἀναζητηθοῦν καί ὅλα τὰ ἄλλα συμπτώματα τῆς ὑπερτάσεως τῆς πυλαίας.

Ἄλλοτε πάλιν, καί ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον, ἡ γαστρορραγία ἐπέρχεται κατὰ τὴν ἐξέλιξιν μιᾶς γνωστῆς καί ὑπὸ θεραπείαν τελούσης ἀλκοολικῆς κηρρώσεως. Ὁρισμένα αἷτια δύνανται νά τὴν προκαλέσουν, ὅπως ἔν ἐμπύρετον ἐπεισόδιον, μία μεγάλη ἢ ταχεῖα ἐνδοφλέβιος ἐγχυσις πλάσματος, μία ἐκκενωτικὴ παρακέντησις. Εἰς ὅλους αὐτούς τοὺς ἄρρώστους εἶχεν ἤδη σημειωθῆ ἡ παρουσία οἰδημάτων καί προσφάτου μεγάλης ποσότητος ἀσκίτου. Ἐνίοτε εἶχε προηγηθῆ ἐλαφρὸς ἴκτερος. Τὸ ἥπαρ εἶναι ὑπερτροφικόν, ἀλλὰ καί ἀτροφικόν. Εἰς πολλὰς περιπτώσεις συνοπῆρχον καί ἄλλαι αἱμορραγίαι, ὅπως ρινορραγίαι, οὐλορραγίαι, ἐκχυμώσεις. Ἡ πρόγνωσις τῶν εἶναι βαρυτάτη, οἱ δὲ ἄρρώστοι ἀποθνήσκουν εἴτε ἀμέσως λόγῳ τῆς αἱμορραγίας ἢ μετὰ τινὰ χρόνον ἐξ ἡπατικοῦ κώματος.

Δυνατὸν ἡ αἱμορραγία νά ὑποτροπιάζῃ κατὰ διάφορα χρονικά διαστήματα. Ἐμφανίζεται ἐν πλήρει φαινομενικῇ ὑγείᾳ καί δὲν συνοδεύεται ἀπὸ ἄλλα συμπτώματα, πλὴν μιᾶς σχετικῆς ἥπατομεγαλίας καί μεγάλου σπληνός. Ἐν συνεχείᾳ παρατηρεῖται ἐνίοτε ὁ σχηματισμὸς ἀσκίτου, ὅστις ὑποχωρεῖ αὐτομάτως. Ὁ ἄρρωστος φαίνεται ἰαθεὶς καί μετὰ τινὰς μῆνας ἐπανεμφανίζει μίαν μεγάλην συνήθως αἱμορραγίαν. Ἡ μορφή αὕτη πλησιάζει πρὸς τὸ σύνδρομον τοῦ Βοητί, ἀλλὰ εἰς τὴν περίπτωσιν ταύτην ἡ πρωτοπαθὴς βλάβη εἶναι μία σκληρυντικὴ ἀλκοολικὴ ἥπατίτις καί οὐχί μία ἐνώδης σπληνομεγαλία ἢ θρόμβωσις τῆς πυλαίας.

Αἱματεμέσεις δυνατόν ἐπίσης νά ἐμφανισθοῦν εἰς τὰς χρονίας ἥπατίτιδας ἐξ ἰοῦ, αἵτινες κατέληξαν εἰς τὸ κηρρωτικὸν στάδιον. Πρόκειται περὶ τῶν μετα—ἴκτερικῶν κηρρώσεων, κατὰ τὰς ὁποίας αἱ γαστρορραγίαι ὑποτροπιάζουν κατὰ ἀραιὰ χρονικά διαστήματα.

Αἱ χολικαὶ κηρρώσεις, οἰασδήποτε αἰτιολογίας, καταλήγουσιν βραδέως εἰς τὴν κίρρωσιν καί κατὰ τὴν μακρὰν ἐξέλιξιν τῶν αἱμορραγοῦν. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς ἡ γαστρορραγία ἐπιβαρύνει τὴν πρόγνωσιν.

Δὲν θὰ ἐπιμείνωμεν ἐπὶ τοῦ μηχανισμοῦ τῶν γαστρορραγιῶν εἰς τὰ ἥπατικά νοσήματα. Θὰ ὑπενθυμίσωμεν ἀπλῶς τὰ κυριώτερα αἷτια :

—Ρῆξις κηρῶν τοῦ οἰσοφάγου. Ὡς γνωστὸν, ἡ ὑπέρτασις τῆς

πυλαίας αναπτύσσει τὰς φλεβικὰς ἀναστομώσεις μεταξὺ τῆς πυλαίας κυκλοφορίας καὶ τῆς κάτω κοίλης φλεβός, ἰδίως παρὰ τὴν καρδιοοισοφαγικὴν χώραν. Ἡ διαπίστωσις τῶν κισῶν αὐτῶν εἶναι ἄριστον διαγνωστικὸν σημεῖον τῆς ὑπερτάσεως τῆς πυλαίας καὶ ἐξηγεῖ ἐπὶ πλεον τὴν ἐμφάνισιν αἱματεμέσεως ἢ μελαινης.

— Δευτεροπαθῆς γαστρίτις καὶ διαβρώσεις τοῦ βλεννογόνου μὲ διάχυτον αἱμορραγίαν.

— Ἡ ἥπατικὴ ἀνεπάρκεια, λόγῳ τῆς ὁποίας δημιουργεῖται ἐν αἱμορραγικὸν σύνδρομον χαρακτηριζόμενον ἀπὸ πτώσιν τῆς προθρομβίνης, μὲ ἀτελεῖ χρησιμοποίησιν τῆς βιταμίνης Κ, μὲ ἐμφάνισιν ἐπιστάξεων, μὲ σχηματισμὸν ἀστερίσκων, μειοπραγίαν τῶν τριχοειδῶν, ἄτινα εὐνοοῦν τὰς γαστρορραγίας.

— Ὁ σπλῆν, τέλος, ὅστις προκαλεῖ διάτασιν τῶν ὑποβλεννογονίων φλεβῶν τοῦ στομάχου.

II. ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΠΛΗΝΟΣ

Ταῦτα κατέχουν σήμερον σπουδαιοτάτην θέσιν εἰς τὴν αἰτιολογίαν τῶν γαστρορραγιῶν, παρουσιάζουν δὲ ὄλως ἰδιαίτερον ἐνδιαφέρον, δεδομένου ὅτι ἡ σπληνεκτομὴ εἰς ἄρκετάς περιπτώσεις ἐξαφανίζει τὰς γαστρορραγίας.

Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς πρόκειται συνήθως περὶ μεγάλης αἱματεμέσεως, κατὰ διάφορα χρονικά διαστήματα, ἐνίοτε θανατηφόρου. Μετὰ μίαν τοιαύτην γαστρορραγίαν τὸ μέγεθος τοῦ σπληνός μειοῦται καὶ δέον ν' ἀναζητηθῇ μετὰ τὴν παῦσιν ταύτης. Δυνατὸν ἐπίσης ἡ αἱμορραγία νὰ προηγηθῇ κατὰ πολὺ, κατὰ ἔτη, τῆς σπληνομεγαλίας.

Ἐνώπιον μιᾶς ὑπερτροφίας τοῦ σπληνός θὰ ἐξετασθῇ τὸ ἥπαρ, θ' ἀναζητηθῇ ἡ παράπλευρος κυκλοφορία, ὁ ἀσκήτης, ἡ δὲ ἐξετασθῆ θὰ συμπληρωθῇ μὲ τὴν πλήρη αἱματολογικὴν τοιαύτην.

Μία γαστρορραγία δυνατὸν νὰ ὀφείλεται εἰς διαφόρους αἰτιολογίας σπληνομεγαλίας. Οὕτως ἅπασαι αἱ πρωτοπαθεῖς σπληνομεγαλῖαι γνωστῆς αἰτιολογίας προκαλοῦν γαστρορραγίας ὅπως :

— Λοιμῶδεις : Πρωτοπαθῆς φυματίωσις τοῦ σπληνός, σύφιλις.

— Παρασιτικά : Ἐλνοοσία, Καλα—Azar, σχιστοσωμιάσεις, μυκώσεις.

Παρουσία ὁμῶς μιᾶς γαστρορραγίας μὲ σπληνομεγαλίαν ἢ διάγνωσις θὰ στραφῇ κυρίως πέριξ ἐνὸς ἰδιάζοντος συνδρόμου, τὸ

ὁποῖον δυνατόν νά ὀφείλεται εἰς πολλά αἷτια, τὸ λεγόμενον Σύνδρομον τοῦ Βαντί.

Τὸ 1895 ὁ Βαντί περιέγραψεν ἓν ἀνατομοκλινικὸν σύνδρομον χαρακτηριζόμενον :

— Ἐκτετε τὴν κλινικὴν του ἐξέλιξιν εἰς τρεῖς φάσεις : α) Σπληνομεγαλία μετὰ ἐλαφρᾶς ἀναιμίας, λευκοπενίας καὶ θρομβοπενίας. β) Πεπτικά καὶ ἥπατικά διαταραχαὶ μετὰ γαστρορραγίας ἐνίοτε. γ) Κίρρωσις μετὰ ἀσκήτην καὶ συχνὰ ὑπέρτατον.

— Ἀνατομικῶς δὲ χαρακτηριζόμενον ἀπὸ εἰδικὰς ἀλλοιώσεις ἰνσοαδενίας.

Ἐκτετε ἡ ἀντίληψις αὕτη τοῦ Βαντί κατεπολεμήθη καὶ ἤδη ἐπιμένουν ἐπὶ τῆς συχνότητος τῆς ὑπερτάσεως τῆς πυλαίας. Ὑποστηρίζουν μάλιστα ὅτι ἡ ἰνσοαδενία αὕτη ἀποτελεῖ εἰδικὴν ἐκδήλωσιν τῆς ὑπερτάσεως τῆς πυλαίας, ὀφειλομένης εἰς ἔξω—ἢ ἐνδοηπατικὸν κώλυμα. Πρόκειται δηλαδὴ περὶ μιᾶς νόσου, κατὰ τὴν ὁποίαν ὁ σπλὴν προσβάλλεται δευτεροπαθῶς. Ἄλλοι πάλιν, ἂν καὶ ἀγνωρίζουν τὴν συχνότητα τῆς σπληνομεγαλίας ἐκστάσεως, θέτουν παρὰ τὸ πλευρὸν τῆς τὴν σπανίαν πρωτοπαθῆ νόσον τοῦ Βαντί.

Διὰ πολλοὺς ὁμῶς λόγους, τοὺς ὁποίους δὲν δυνάμεθα ν' ἀναπτύξωμεν ἐνταῦθα, αἱ σημεριναὶ ἀπόψεις διατηροῦν τὴν ἀνατομοκλινικὴν ἀντίληψιν ἐνὸς συνδρόμου τοῦ Βαντί. Ἄλλὰ ὅπως καὶ κάθε ἄλλο σύνδρομον, καὶ τὸ τοῦ Βαντί δυνατόν νά ὀφείλεται εἰς διάφορα αἷτια.

— Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ἀντιστοιχεῖ εἰς μίαν ὑπέρτασιν τῆς πυλαίας ὀφειλομένην εἰς ἐξωηπατικὸν κώλυμα, ἐνίοτε εἰς ἐνδοηπατικόν.

— Ἄλλοτε ἡ ὑπέρτασις τῆς πυλαίας ἀπουσιάζει, ὁπότε δυνάμεθα νά παραδεχθῶμεν μίαν πρωτοπαθῆ πάθησιν τοῦ σπληνός. Πράγματι ἔχει ἀποδειχθῆ, ὅτι ἐλλείπει κάθε ὑπερτάσεως καὶ κάθε κωλύματος τῆς πυλαίας ὑπάρχουν κλινικὰ σύνδρομα τύπου Βαντί, ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον αἰμορραγικά, ἀλλὰ καὶ συνοδευόμενα ὑπὸ γαστρορραγιῶν ἢ καὶ οἰσοφαγικῶν κισῶν καὶ ἔχοντα τὴν ἱστολογικὴν εἰκόνα τῆν παρατηρουμένην κατὰ τὴν ὑπέρτασιν τῆς πυλαίας.

— Περιληπτικῶς θ' ἀποκαλέσωμεν σύνδρομον τοῦ Βαντί τὰς περιπτώσεις αἱ ὁποῖαι παρουσιάζουν :

— Κλινικῶς εἰκόνα σπληνικῆς ἀναιμίας, ἣτις ἐπιπλέκεται δευτεροπαθῶς μετὰ δυσπεπτικά φαινόμενα καὶ κυρίως αἰμορραγίας.

— Ἀνατομικῶς ἰνσοσυμφορητικὰς ἢ ἰνσοαδενικὰς ἀλλοιώσεις τοῦ σπληνός.

Ἐν τοιοῦτον σύνδρομον, ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον, πάντοτε δὲ εἰς τὰ παιδία, ὀφείλεται εἰς ἐνδοηπατικὸν κώλυμα τῆς πυλαίας ἢ συνη-

θέστερον έξωηπατικόν, κείμενον ένίοτε παρά τήν πύλην τοῦ σπληνός. Τό σύνδρομον ὁμως τοῦτο δυνατόν νά παρατηρηθῆ ἄνευ κωλύματος τῆς πυλαίας καί εἰς τινας περιπτώσεις πρωτοπαθοῦς προσβολῆς τοῦ σπληνός.

Ἐφ' ὅσον ἡ ταξινόμησις τῶν σπληνομεγαλιῶν αὐτῶν μετά γαστρορραγιῶν δέν ἔχει εἰσέτι ἀποκρυσταλλωθῆ καί ἡ αἰτιοπαθολογία των συζητεῖται, ἔάν καί κατὰ πόσον ἡ σπληνική βλάβη εἶναι πρωτοπαθῆς ἢ δευτεροπαθῆς ὑπερτάσεως τῆς πυλαίας, δέν δυνάμεθα καί ν' ἀποφανθῶμεν ποῖος εἶναι ὁ πραγματικός μηχανισμός τῶν γαστρορραγιῶν αὐτῶν. Διάφοροι παράγοντες ἀναμφισβητήτως παίζουσι σημαντικόν ρόλον καί ἀναλόγως τῶν περιπτώσεων, ὅπως μηχανικοὶ παράγοντες, τάσις τῆς πυλαίας κ.λ.π., ἀγγειοκινητικοὶ παράγοντες, διαταραχῆ ὀρισμένων λειτουργιῶν τοῦ σπληνός κ.ο.κ.

III. ΘΡΟΜΒΩΣΙΣ ΤΗΣ ΠΥΛΑΙΑΣ ΦΛΕΒΟΣ

Ἡ θρόμβωσις τῆς πυλαίας προκαλεῖ συχνότατα μεγάλας αἱματεμέσεις ἢ μελαίνας. Ἡ ἀπότομος ἐμφάνισις ἀσκίτου, αἱματεμέσεως καί σπληνομεγαλίας συνηγορεῖ ὑπέρ τῆς θρομβώσεως ταύτης.

IV. ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Παρουσία μιᾶς γαστρορραγίας μὲ μὴ ἐμφανῆ αἰτιολογίαν, θὰ ἐξετάσωμεν τὸν οἰσοφάγον, εἴτε ἀκτινολογικῶς εἴτε ἐνδοσκοπικῶς. Θὰ ἐρευνήσωμεν τὴν τυχόν ὑπαρξιν κισῶν. Μία μεγάλη αἱματέμεσις, συνηθέστερον μία μέλαινα, δυνατόν νά ὀφείλεται εἰς καρκίνον τοῦ οἰσοφάγου.

Τὰ ἔλκη τοῦ οἰσοφάγου ἐπίσης δέν εἶναι καί τόσοσιν σπάνια ὅσον γενικῶς νομίζεται.

Μεταξὺ τῶν ἄλλων οἰσοφαγικῶν αἰτίων γαστρορραγιῶν θ' ἀναζητήσωμεν τὴν ὑπαρξιν μιᾶς οἰσοφαγίτιδος, ἐκκοιλωμάτων, συφιλίδος, φυματιώσεως κλπ.

V. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΑΙ ΔΙΑΘΕΣΕΙΣ

Ἐκ τῶν αἱμορραγικῶν διαθέσεων τῶν δυναμένων νά προκαλέσουν αἱματέμεσιν ἢ μέλαιναν, ἀναφέρομεν ἀπλῶς τὰς κάτωθι:

1) Νόσος τοῦ Vaquez, χαρακτηριζομένη ἀπὸ αὐξησιν τῶν ἐρυθρῶν αἰμοσφαιρίων, τῆς αἰμοσφαιρίνης, τῆς γλοιοτήτος, τοῦ εἰδικοῦ βάρους καί ὀλικοῦ ὄγκου τοῦ αἵματος.

2) Διάφοροι πορφύραι. Θρομβοπενική τύπου Werlhof. Αὕτη

χαρακτηρίζεται από μεγάλας αίματεμέςεις, έκχυμώσεις, πετε-
χείας και σπληνομεγαλίαν. Τὰ αίμοπετάλια εἶναι λίαν ἠλαττω-
μένα, ὁ χρόνος ροῆς ἠύξημένος, ὁ χρόνος πήξεως φυσιολογικός,
ἔλλειψις τῆς συστατικότητος τοῦ θρόμβου, θετικὸν σημεῖον Rumpel—
Leede.

3) Αἱ συμπτωματικαὶ πορφύραι τῶν λευχαιμιῶν, τῶν ἀναιμιῶν,
αἱ λοιμώδεις, αἱ τοξικαί, σπανίως προκαλοῦν μεγάλας γαστρορρα-
γίας, ὡς καὶ αἱ μὴ θρομβοπενικαὶ πορφύραι τύπου Schönlein—Henoch.

4) Αἱμοφιλία. Νόσος κληρονομικὴ. Προκαλεῖ αἱμορραγίας ἰδίως
κατόπιν τραυματισμοῦ ἔστω καὶ ἐλαφροῦ. Χαρακτηρίζεται ἀπὸ αὔξη-
σιν τοῦ χρόνου πήξεως, ἀπὸ χρόνον ροῆς φυσιολογικόν, ἀπὸ φυσιο-
λογικὸν ἀριθμὸν αίμοπεταλίων, ἀρνητικὸν σημεῖον Rumpel—Leede
καὶ ἐλάττωσιν τῆς καταναλώσεως τῆς προθρομβίνης τοῦ πλάσματος
καὶ τῶν ἰστών.

5) Κληρονομικὴ ἀγγειωμάτωσις Rendu — Osler: Χαρακτηρίζεται
ἀπὸ τὴν ὑπαρξιν πολλαπλῶν ἀγγειωμάτων κατὰ μῆκος τοῦ πεπτικοῦ
σωλήνος ἢ καὶ τῶν ἄλλων σπλάγχχνων, ὡς καὶ ἀπὸ τελεαγγειεκτα-
σίας τοῦ δέρματος καὶ τῶν βλεννογόνων. Τὸ σημεῖον τοῦ Rumpel —
Leede εἶναι θετικόν, ἐνῶ ὁ χρόνος ροῆς, πήξεως καὶ ὁ ἀριθμὸς τῶν
αἱμοπεταλίων εἶναι φυσιολογικός.

VI. ΓΑΣΤΡΟΡΡΑΓΙΑΙ ΛΟΓΩ ΠΑΘΗΣΕΩΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΜΑΚΡΑΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΕΙΜΕΝΩΝ

Παθήσεις ὀργάνων μακρὰν τοῦ στομάχου κειμένων δύνανται διὰ
διαφόρων μηχανισμῶν νὰ προκαλέσουν γαστρορραγίας.

1) Χρονία σκωληκοειδίτις. Ἐν καὶ ἡ διάγνωσις ταύτης, παρ'
ἄλλην τὴν εὐχέρειαν μὲ τὴν ὁποίαν τίθεται, εἶναι ἐξαιρετικῶς δυσχε-
ρῆς, μολαταῦτα, ὅταν ὑπάρχη, δύναται νὰ προκαλέσῃ γαστρορραγίαν
λόγῳ τῆς γαστροδωδεκαδακτυλίτιδος, τοξικῆς ἢ λοιμώδους φύσεως,
τὴν ὁποίαν δημιουργεῖ ἢ λόγῳ συμφορητικῶν φαινομένων τοῦ γαστρι-
κοῦ βλεννογόνου ἐκ δημιουργηθείσης περιγαστρίτιδος.

Ἡ χρ. σκωληκοειδίτις δημιουργεῖ κλινικὴν εἰκόνα δευτεροπα-
θοῦς δυσπεψίας ἢ ἐπώδυνα φαινόμενα ἐκ τοῦ στομάχου, τὰ ὁποῖα
ὅμως χαρακτηρίζονται ἀπὸ τὴν ἔλλειψιν περιοδικότητος. Τὰ σημεῖα
ταῦτα εἶναι αἰσθημα βάρους, συσφιγκτικὸς πόνος, ναυτίασις, μὲ ἐπὶ
πλέον, τοπικῶς, πόνους κατὰ τὸν δεξιὸν λαγόνιον βόθρον.

2) Παθήσεις τῶν χοληφόρων ὁδῶν. Αἱ χολοκυστίτιδες ἰδίως,

καί ὅλως ἰδιαίτερώς αἱ λιθιασικά, προκαλοῦν γαστρορραγίας. Αὗται χαρακτηρίζονται κυρίως ἀπό πόνους κατά τήν ἥπατικήν χώραν μικρᾶς ὁμῶς διαρκείας, 2 ἢ 3 ἡμερῶν. Ἄλλοτε πάλιν ἀπό δυσπεπτικά φαινόμενα ἐκδηλούμενα διὰ ναυτίαςεως καί προκαλούμενα κυρίως ἀπό ὠρισμένας τροφάς (λίπη κ.λ.π.). Κατά τήν κλινικήν ἐξέτασιν θά ἔχωμεν τὸ σημεῖον τοῦ Murphay, ἀκτινολογικῶς δέ θά διαπιστώσωμεν τήν ὑπαρξιν εἴτε χολολίθων εἴτε συγγενῶν ἢ μὴ ἀνωμαλιῶν τῆς χοληδόχου κύστεως.

Ἡ ἐμφάνισις γαστρορραγίας εἰς τὰς καταστάσεις αὐτάς ἀποτρέπει τήν διάγνωσιν, τήν ὁποίαν κατευθύνει πρὸς ὀργανικήν νόσον τοῦ στομάχου. Πλεῖστα ὅσα αἷτια ὀφειλόμενα εἰς τὰς χοληφόρους ὁδοὺς προκαλοῦν μολαταῦτα γαστρορραγίαν. Οὕτως ὁσάκις ἐμποδίζεται ἡ ἀπέκκρισις τῶν χολικῶν ἀλάτων εἰς τὸ ἔντερον, διαταράσσεται ἡ ἀπορρόφησις τῆς βιταμίνης Κ καί ὥς ἐκ τούτου πίπτει ἡ προθρομβίνη. Τοιαύτη ὑποπροθρομβιναιμία παρατηρεῖται συχνότατα εἰς περίπτωσιν ἐξωτερικῶν χολικῶν συριγγίων, εἰς πλήρεις ἀποφρακτικούς ἰκτέρους κλπ.

Εἰς τὰς λιθιασικάς χολοκυστίτιδας ἄνευ ἰκτέρου παρατηροῦνται ἐπίσης γαστρορραγίαι, αἷτινες παύουν διὰ τῆς χορηγήσεως βιταμίνης Κ. Ἄπουσις ἀποφράξεως τοῦ χοληδόρου πόρου αἱ γαστρορραγίαι αὗται ὀφείλονται πιθανώτατα εἰς τήν συνύπαρξιν ἥπατοκυτταρικῶν ἀλλοιώσεων.

Ἄλλὰ καί δι' ἄλλων μηχανισμῶν προκαλεῖται γαστρορραγία. Οὕτως εἰς τὰς ἐπιμολυνθείσας λιθιάσεις προκαλεῖται ἔντερικὴ αἰμορραγία ἐκ θρομβοφλεβίτιδος τῆς πυλαίας. Ὡσαύτως μία διάτρησις ἐκ λίθου μὲ σχηματισμὸν συριγγίου μεταξὺ χοληδόχου κύστεως καί δωδεκαδακτύλου προκαλεῖ αἰμορραγίαν. Ἄλλὰ καί τὰ ἴδια τοιχώματα τῆς χοληδόχου δυνατὸν νὰ αἰμορραγήσουν.

Εἰς ὅλας ὁμῶς τὰς περιπτώσεις εἰς τὰς ὁποίας ἡ γαστρορραγία ἐπιπλέκει μίαν πάθησιν τῶν χοληφόρων ὁδῶν, δεόν πάντοτε νὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν τήν συχνὴν συνύπαρξιν χολοκυστίτιδος καί γαστροδωδεκαδακτυλικοῦ ἔλκους.

3) Περισπλαγχνίτιδες. Εἴτε αὗται ὀφείλονται εἰς χρ. σκωληκοειδίτιδα, χολοκυστίτιδα, περιτονίτιδα εἴτε διαφόρους συμφυτικὰς ταινίας (brides), δεόν νὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν, ὅτι τὰ ὑποκείμενα σπλάγχνα δύνανται νὰ αἰμορραγήσουν. Πράγματι, αἱ διάφοροι αὗται συμφύσεις προκαλοῦν φαινόμενα συμφορητικά, γαστρίτιδος καί δωδεκαδακτυλίτιδος.

Κλινικῶς, εἴτε προκαλοῦν φαινόμενα στενώσεως διαφόρων ὀργάνων εἴτε πόνους συνεχεῖς καὶ καθημερινούς (βλ. σελ. 54).

4) Παθήσεις τοῦ λεπτοῦ ἐντέρου : Διάφοροι φλεγμοναί, ὀξεῖαι ἐντερίτιδες κ.λ.π. δύνανται νὰ προκαλέσουν μέλαιναν. Ὡσαύτως ἡ σπανία ἐπέκτασις πρὸς τὸ λεπτόν ἔντερον μιᾶς αἱμορραγικῆς κωλίτιδος. Μεταξὺ τῶν ἄλλων αἰτίων δυνάμεθα νὰ ἀναφέρωμεν ἓνα κακοήθη ἢ καλοήθη ὄγκον (πολύποδες κ.λ.π.), μίαν ἐκκολπωματίτιδα, καὶ τὰς σπανίας περιπτώσεις μονήρους ἔλκους τοῦ λεπτοῦ ἐντέρου.

5. Παθήσεις καρδιακαί, πνευμονικαί καὶ τοῦ νευρικοῦ συστήματος. Εἰς τὰς καρδιακὰς ἀνεπαρκειᾶς, εἰς προκεχωρημένας ἀρτηριοσκληρυντικὰς ἀλλοιώσεις ἀλλὰ καὶ εἰς χρονίᾳς πνευμονικὰς παθήσεις εἶναι δυνατόν νὰ παρατηρηθοῦν γαστρορραγαίαι, λόγῳ συμφορητικῶν ἀλλοιώσεων τοῦ γαστροεντερικοῦ βλεννογόνου.

Ἄλλὰ καὶ εἰς ἐρεθισμὸς τοῦ νευροφυτικοῦ συστήματος προκαλεῖ ὡσαύτως γαστρορραγίαν. Πειραματικῶς προκαλοῦνται αἱμορραγαίαι τοῦ πεπτικοῦ σωλήνος δι' ἐρεθισμοῦ τοῦ σπλαγχνικοῦ συμπαθητικοῦ. Ἐλάχισται δόσεις μικροβιακῶν τοξινῶν ἢ μεταλλικῶν ἀλάτων ἐπιτιθέμεναι ἐπὶ τοῦ σπλαγχνικοῦ προκαλοῦν σημαντικὰς διαχύτους αἱμορραγίας. Ἐπομένως, εἰς ἐρεθισμὸς τοῦ συμπαθητικοῦ ἐκ μικροβιακῆς τοξίνης ἢ ἄλλης αἰτίας δυνατόν καὶ εἰς τὸν ἄνθρωπον νὰ προκαλέσῃ αἱμορραγίας.

VII. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΙ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ

Μερικαὶ ἐκ τῶν αἱμορραγιῶν εἰς τὰ νεογνά δυνατόν νὰ ὀφείλωνται εἰς ἔλλειψιν προθρομβίνης καὶ ἔχει πράγματι ἀποδειχθῆ, ὅτι εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς ἡ προθρομβίνη ἀντιστοιχεῖ εἰς τὸ 1/4 ἀπὸ ὅ,τι ἀνευρίσκεται εἰς τὸν ἐνήλικα.

Ἡ αἱμορραγία αὕτη ἐμφανίζεται εἰς ἄρτια σωματικῶς νεογνά καὶ σχεδὸν πάντοτε μεταξὺ τῆς 1ης καὶ 5ης ἡμέρας, ὅποτε ἡ ποσότης τῆς προθρομβίνης καὶ εἰς φυσιολογικὸν αἷμα εἶναι ἐπικινδύνως χαμηλή. Ἡ αἱμορραγία αὕτη ἐξηγεῖται λόγῳ ἔλλειψεως πλασματικῆς προθρομβίνης ὀφειλομένης καὶ αὐτῆς εἰς ἔλλειψιν βιταμίνης Κ, ἔλλειψιν μεγαλυτέραν ἐκείνης ἣτις παρατηρεῖται φυσιολογικῶς κατὰ τὰς πρώτας ἡμέρας τῆς ζωῆς. Ὡς γνωστὸν, ἡ βιταμίνη Κ προέρχεται εἴτε ἐκ διαφόρων τροφῶν, εἴτε σχηματίζεται ἐντὸς τοῦ παχέος ἐντέρου ἐκ βακτηριδιακῆς ἐπιδράσεως. Τὸ γάλα εἶναι πτωχὸν εἰς βιταμίνην Κ καὶ δεδομένου ὅτι ὁ ἐντερικὸς σωλὴν δὲν περιέχει μικροβία, καθυστερεῖται ἡ σύνθεσις ταύτης μέχρις ὅτου ἀναπτυχθῇ ἡ μικροβιακὴ χλωρίς.

Ἡ χορήγησις βιταμίνης Κ εἰς τὴν μητέρα κατὰ τὴν κύησιν 4—12 ὥρας πρὸ τοῦ τοκετοῦ δυνατόν νὰ προλάβῃ μίαν τοιαύτην κατάστασιν. Παρουσία μιᾶς τοιαύτης αἱμορραγίας δέον νὰ χορηγηθῇ ἀμέσως ἢ βιταμίνη Κ, ἐνδομυϊκῶς ἢ ἐνδοφλεβίως, καὶ εἰς τὴν δόσιν 2 ἕως 5 mg. Εἶναι ὅμως ἐπίσης γεγονός, ὅτι ὅλαι αἱ αἱμορραγίαι τοῦ νεογνοῦ δὲν ἐξηγοῦνται διὰ μιᾶς ἐλαττώσεως τῆς προθρομβίνης. Ὡς ἐκ τούτου θ' ἀναγκασθῶμεν ἐνίοτε νὰ προβῶμεν εἰς μετὰγγισιν αἵματος.

VIII. ΔΙΑΦΟΡΑ ΑΙΤΙΑ

Εἰς πολλὰς περιπτώσεις τὸ αἷτιον μιᾶς γαστρορραγίας δὲν εἶναι ἐμφανές. Ἀφοῦ ἀποκλείσωμεν κατὰ τὸ μᾶλλον ἢ ἥττον τὰ περιγραφέντα προηγουμένως αἷτια, θὰ προσπαθῆσωμεν νὰ δώσωμεν μίαν ἐξήγησιν τῆς γαστρορραγίας, ἂν καὶ σοβαρὸν ποσοστὸν ἐκ τῶν λεγομένων κρυπτογενετικῶν γαστρορραγιῶν οὐδέποτε διελευκάνθη.

Θ' ἀναζητήσωμεν διάφορα αἷτια τοξικά, λοιμώδη κ.λ.π. Γνωρίζομεν τὰς γαστρορραγίας τῆς ἀζωθαιμίας, μιᾶς τοξικῆς νεφρώσεως, τῶν διαφόρων λοιμωδῶν νόσων. Ἐπίσης διάφοροι ἀβιταμινώσεις (Srgue, σκορβοῦτον κ.λ.π.) προκαλοῦν γαστρορραγίας. Ὅγκοι ἐπίσης τοῦ ἐγκεφάλου, ἐκτὸς τῶν ἐλκῶν στομάχου ἢ δωδεκαδακτύλου, προκαλοῦν καὶ γαστρορραγίας ἀπουσία κάθε ἐξελκώσεως. Μία μηνιγγίτις, βαρεῖται ὄργανικαὶ ἐγκεφαλικά ἀλλοιώσεις, δημιουργοῦν αἱμορραγικοδιαβρωτικὴν γαστρίτιδα. Ἀναπληρωματικαὶ αἱματεμέσεις τῶν ἐμμήνων παρατηροῦνται εἰς τὰς πασχούσας ἐξ ὑπερωθυλακιναιμίας.

Ἡ ἀναφυλακτικὴ αἰτιολογία δὲν εἶναι ἀπίθανος εἰς τινὰς περιπτώσεις. Γνωρίζομεν ὅτι πειραματικῶς ἐν ἀναφυλακτικὸν ἄσχος προκαλεῖ διαχύτους βλεννογονίους αἱμορραγίας. Οὕτω θὰ σκεφθῶμεν μίαν τοιαύτην αἰτίαν εἰς περίπτωσιν αἱματεμέσεως συνοδευομένης ὑπὸ ἀναφυλακτικοῦ ἐξανθήματος, οἰδήματος τοῦ Quincke, ἠωσινοφιλίας, ἢ ἀπὸ ἄλλας ἀλλεργικὰς ἐκδηλώσεις, ὅπως ἄσθμα, ἡμικρανία, ἔκζεμα κ.λ.π.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ Ι'

ΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟΝ ἢ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΝ ΕΛΚΟΣ

Πρὸ ἡμίσεος περίπου αἰῶνος τὸ ἔλκος τοῦτο ἦτο τελείως ἄγνωστον, ἐφ' ὅσον καὶ ἡ χειρουργικὴ θεραπεία τῶν γαστροδωδεκαδακτυλικῶν ἐλκῶν ἦτο ἄγνωστος. Ἐκτοτε ὁμως, χάρις εἰς τὴν εὐρυτάτην διάδοσιν καὶ ἐφαρμογὴν τῆς χειρουργικῆς τοῦ στομάχου, εἴμεθα εἰς θέσιν νὰ περιγράψωμεν, ἐκτὸς τῶν ἐλκῶν τοῦ στομάχου καὶ δωδεκαδακτύλου, καὶ ἕτερον τοιοῦτον, τὸ πεπτικὸν ἢ μετεγχειρητικὸν ἔλκος.

Εἶναι γνωστὸν, ὅτι εἰς τὰ ζῶα, ἰδίως εἰς τοὺς κύνας, δυνάμεθα κατὰ βούλησιν νὰ δημιουργήσωμεν πειραματικῶς ἓν ἔλκος. Ἡ πλέον γνωστὴ μέθοδος εἶναι ἡ τῶν Mann-Williamson, συνισταμένη εἰς ἀναστόμωσιν στομάχου καὶ νήστεως, ἐνῶ τὰ παγκρεατικά ὑγρά καὶ ἡ χολὴ διοχετεύονται πρὸς τὰ τελευταῖα 15—25 ἐκ. τοῦ εἰλεοῦ. Ὑπὸ τὰς συνθήκας ταύτας ἀναπτύσσεται ἐπὶ τῆς νήστεως καὶ εἰς τὸ σημεῖον ὅπου ἔρχεται εἰς ἐπαφὴν μὲ τὸ γαστρικὸν ὑγρὸν τὸ πειραματικὸν ἔλκος.

Τὸ ἔλκος τοῦτο ἐμφανίζεται εἰς τὰ 98% περίπου τῶν τοιούτων περιπτώσεων. Εἶναι μονήρης ἢ διπλοῦν. Μακροσκοπικῶς ἔχει ὄλους τοὺς χαρακτήρας τοῦ ἀνθρωπίνου ἔλκου, δὲν παρουσιάζει ὁμως τὴν αὐτόματον ἐπούλωσιν, αἱμορραγεῖ καὶ διατιτραίνεται. Ὡς εἴπομεν, ἐδράζεται ἐπὶ τῆς νήστεως καὶ εἰς ἀπόστασιν 1—2 ἐκ. ἀπὸ τοῦ στομίου, δὲν ἐμφανίζει περιόδους ἡρεμίας, ἐξελισσόμενον συνεχῶς μέχρι τοῦ θανάτου τοῦ ζῴου. Σήμερον ἐπιτυχάνονται πειραματικὰ ἔλκη καὶ ἄνευ χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως, ἀλλὰ κατόπιν ἐνέσεων μεγάλων δόσεων ἰσταμίνης ἢ κατόπιν συνεχοῦς ἀπὸ τοῦ στόματος χορηγήσεως ἀτοφάνης.

Ἐτέρα μέθοδος δημιουργίας πειραματικοῦ ἔλκου εἶναι καὶ ἡ ἐνδοστομαχικὴ κατακράτησις τοῦ γαστρικοῦ ὑγροῦ δι' ἀπολινώσεως τοῦ πυλωροῦ. Αὕτη ἐφαρμόζεται κυρίως εἰς τοὺς λευκοὺς μῦς ἐν καταστάσει νηστείας. Μετὰ 8 περίπου ὥρας ἀπὸ τῆς ἀπολινώσεως ἐμφανίζονται ἐξελκώσεις παρὰ τὸ ἄνω τμήμα τοῦ στομάχου (μέθοδος Shay). Ἡ μέθοδος αὕτη χρησιμοποιεῖται κυρίως διὰ τὴν μελέτην τῆς ἀντιελκωτικῆς ἐπιδράσεως ὀρισμένων φαρμάκων.

Γενικῶς ὁμως δυνάμεθα νά εἰπώμεν, ὅτι αἱ διάφοροι πειραματικά μέθοδοι, αἱ σκοπὸν ἔχουσαι τὴν δημιουργίαν γαστρικῶν ἑλκῶν, δὲν κατάρθωσαν νά δημιουργήσουν τὴν νόσον ἑλκος. Μόνον, ἴσως, τὸ κατόπιν ἀτοφάνης ἐπιτυχανόμενον ἑλκος ἐξελίσσεται κάπως ὡς τὸ ἀνθρώπινον, ἀλλὰ ἡ χρονία δηλητηρίασις ἣτις καὶ τὸ δημιουργεῖ δὲν ἐπιτρέπει νά ἐξαγάγη τις φυσιολογικά συμπεράσματα.

Εἰς τὸν ἄνθρωπον τὸ ἔντερον δὲν προσφέρεται ὡς ἔδαφος αὐτομάτου ἀναπτύξεως ἑλκῶν. Ὑπάρχουν σπάνιαί τινες περιπτώσεις ἑλκῶν τοῦ λεπτοῦ ἐντέρου, τοῦ παχέος, ἢ ἑλκῶν ἀναπτυχθέντων ἐπὶ ἐκκολπώματων, ἰδίως τοῦ Meckel, καὶ κυρίως ὅταν ταῦτα περιέχουν ἐμβρυϊκά ὑπολείμματα γαστρικοῦ βλεννογόνου. Τοιοῦτον ἑλκος ἐπίσης παρετηρήθη καὶ ἐντὸς ἐκκολπώματος τοῦ δωδεκαδακτύλου, περιέχοντος ἐμβρυϊκὸν ἱστόν, ὅπερ καὶ τελικῶς διετρήθη.

Ἴνα ἐν ἑλκος ἀναπτυχθῆ ἐπὶ τῆς νήστεως, ἀπαιτεῖται σύνολόν τι πολυπλόκων παραγόντων, ὅπως τραυματισμός, λοίμωξις, ἀνώμαλοι ὄροι γαστροεντερικῆς λειτουργίας. Γενικῶς τὰ ζῶα, τὰ ὁποῖα ποτὲ σχεδὸν δὲν παρουσιάζουν αὐτόματα ἑλκη, πρέπει νά ὑποβληθοῦν εἰς ἐξαιρετικούς ἀντιφυσιολογικούς ὄρους, ἵνα ἡ σημαντικὴ ἀντίστασις τὴν ὁποίαν παρουσιάζει ἔναντι τοῦ ἑλκους ὁ βλεννογόνος τοῦ λεπτοῦ ὑπερνηθηθῆ. Τὸ πειραματικὸν τοῦτο ἑλκος δὲν δύναται νά συγκριθῆ μὲ τὸ ἀνθρώπινον, ὅπερ παρουσιάζει ἰδίαν κλινικὴν εἰκόνα. Ἐπὶ πλεόν εἰς τὰ πειραματικά ἑλκη ἀπουσιάζουν ὠρισμένοι παράγοντες, ὅπως πολυχρόνιοι ἐρεθισμοί, ὁ ψυχικὸς παράγων. Διὰ τὸν λόγον τοῦτον, παρὰ τὰς ἀναριθμήτους πειραματικὰς ἐργασίας, ἡ παθογένεια τοῦ ἀνθρώπινου ἑλκους παραμένει εἰσέτι σκοτεινὴ.

Ἀφ' ὅτου ὁμως ἐφαρμόζονται χειρουργικαὶ μέθοδοι διὰ τὴν θεραπείαν τῶν ἑλκῶν, ὁ ἄνθρωπος ἐτέθη ὑπὸ ὄρους, μερικοὶ τῶν ὁποίων πλησιάζουν κάπως τοὺς δημιουργουμένους εἰς τὰ πειραματόζωα. Ἀπόδειξις ἢ συχνὴ ἐμφάνισις, ἄλλοτε, ἐπιπλοκῆς τῶν ἐπεμβάσεων αὐτῶν ὑπὸ μορφήν νέου τύπου ἑλκους, τοῦ πεπτικοῦ. Τὸ ἑλκος αὐτὸ ἀπετέλει κατὰ τὴν ἐποχὴν τῆς γαστροεντεροαναστομώσεως, ἐν μέρει δὲ καὶ σήμερον, ἐποχὴν τῆς γαστρεκτομῆς, τὸν ἐφιάλτην κάθε τοιαύτης χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως, συγχρόνως ὁμως καὶ τὸν θρίαμβον τῆς πειραματικῆς ἐρεύνης εἰς τὸν ἄνθρωπον.

*
* *

Ἡ χειρουργικὴ θεραπεία τῶν ἑλκῶν τοῦ στομάχου καὶ τοῦ δωδεκαδακτύλου διήλθε διὰ τριῶν σταθμῶν. Πρὸ 25-30 ἐτῶν εἶχεν ἐπικρατήσῃ ἀπολύτως ἡ ἀπλῆ γαστροεντεροαναστόμωσις, χάρις εἰς

τὴν ὁποῖαν ὑπετίθετο, ὅτι τὰ ἀλκαλικά ὑγρά τοῦ ἀνωτέρου τμήματος τοῦ λεπιοῦ ἐντέρου, διερχόμενα διὰ τοῦ στομάχου, θὰ ἐξουδετέρωναν τὴν ὄξινον γαστρικὴν ἔκκρισιν καὶ οὕτω θὰ διηκολύνετο ἡ ἐπούλωσις τοῦ ἔλκους. Ὅλιγον κατ' ὀλίγον ὁμως ὁ ἐνθουσιασμός αὐτὸς σχεδὸν ἐξηνεμίσθη, ἀφ' ἑνὸς μὲν διότι μὲ τὴν πάροδον τῶν ἐτῶν τὸ ποσοστὸν τῶν λάσεων ἐμειοῦτο συνεχῶς, ἀφ' ἑτέρου δὲ καὶ κυρίως διότι προέκυψε τὸ μέγα πρόβλημα τῆς γενέσεως ἄλλου ἔλκους, χειροτέρου τοῦ ἀρχικοῦ, τοῦ λεγομένου πεπτικοῦ ἢ μετεγχειρητικοῦ καὶ εἰς ποσοστὸν κυμαινόμενον, ἀναλόγως τῶν Κλινικῶν καὶ τῶν χωρῶν, ἀπὸ 1—33%, μὲ πλησιέστερον πρὸς τὴν πραγματικότητα μέσον ὄρον 10—15%.

Ὁ δεῦτερος σταθμὸς ἀντιπροσωπεύεται ἀπὸ τὴν γαστρεκτομήν, ἡ ὁποία σκοπὸν ἔχει, διὰ τῆς ἀφαιρέσεως μεγάλου τμήματος τοῦ στομάχου ὡς καὶ τοῦ βολβοῦ τοῦ δωδεκαδακτύλου, τὴν κατάργησιν τῆς δευτέρας φάσεως τῆς γαστρικῆς ἐκκρίσεως, τῆς γαστρικῆς ἢ χημικῆς, καὶ κατὰ τὴν ὁποῖαν, ὡς ἐξεθέσαμεν λεπτομερῶς εἰς τὸ κεφάλαιον περὶ φυσιολογίας τοῦ στομάχου, ἅμα τῇ εἰσόδῳ τροφῶν ἐντὸς τοῦ στομάχου ἀπελευθεροῦται μία ὁρμόνη, ἡ παλαιὰ γαστρίνη τοῦ Edkins, ἴσως ἡ ἱσταμίνη τῶν νεωτέρων ἐρευνητῶν, ἡ ὁποία ἐπανερχομένη διὰ τῆς κυκλοφορίας ἐρεθίζει τοὺς ἀδένας τοῦ στομάχου, προκαλοῦσα οὕτω ἔκκρισιν γαστρικοῦ ὑγροῦ, πλουσίου εἰς HCl καὶ πηψίνην.

Ἡ γαστρεκτομή, ἣτις καὶ μέχρι σήμερον θεωρεῖται ὡς ἡ καλύτερα χειρουργικὴ μέθοδος θεραπείας τῶν ἐλκῶν, ἀρχίζει καὶ αὐτὴ νὰ χάνη, μερικῶς, ἔδαφος, παρὰ τὸ γεγονὸς ὅτι ἡ μέχρι πρὸ ὀλίγων ἐτῶν κυμαινομένη περὶ τὰ 7—10% θνησιμότης ἔχει σήμερον κατέλθει καὶ κάτω τοῦ 1%. Μὲ τὴν πάροδον ὁμως τῶν ἐτῶν, μὲ τὸ γεγονός ὅτι ἡ μέθοδος αὕτη διεδόθη εὐρύτατα καὶ ἐκτελεῖται ἀπὸ οἰονδήποτε καὶ ἄνευ συγκεκριμένων ἐνδείξεων, οὕτως ὥστε νὰ συμβαίνουν καὶ ἀναμφισβήτητα τεχνικὰ λάθη, ἤρχισε νὰ ἐμφανίζεται καὶ ἐδῶ ἡ ἄλλοτε σπανία ἐπιπλοκὴ τοῦ πεπτικοῦ ἔλκους, εἰς ποσοστὸν ἀκαθόριστον καὶ ἀναλόγως τῶν στατιστικῶν 0,5—3%.

Ὁ τρίτος σταθμὸς τῆς χειρουργικῆς θεραπείας τῶν γαστροδωδεκαδακτυλικῶν ἐλκῶν, ἡ διατομὴ τῶν πνευμονογαστρικῶν, ἀριθμεῖ ζῶν ὀλίγων μόνον ἐτῶν, ἂν καὶ εἶχον γίνεαι τοιαῦται ἀπόπειραι τὸ 1912 καὶ κυρίως τὸ 1922 ὑπὸ Γάλλων ἐρευνητῶν. Τὸ 1944 ὁ Ἀμερικανὸς Dragstedt, βασιζόμενος εἰς ὠρισμένα φυσιολογικά δεδομένα, τὰ ὁποῖα ἔχομεν λεπτομερῶς ἀναπτύξει εἰς προηγούμενον κεφάλαιον, προβαίνει εἰς τὴν διατομὴν τῶν δύο πνευμονογαστρικῶν, μὲ σκοπὸν

τὴν κατάργησιν τῆς ψυχικῆς ἢ κεφαλικῆς φάσεως τῆς γαστρικῆς ἐκκρίσεως (βλ. σ. 30).

Ὡς ἦτο ἐπόμενον, ἡ μέθοδος αὕτη ἐφηρμόσθη ἐπὶ χιλιάδων περιπτώσεων μετὰ μεγάλου ἐνθουσιασμοῦ. Ἡ ἐπέμβασις ὁμως αὕτη, παρὰ τὴν μηδαμινὴν σχεδὸν θνησιμότητα, δὲν εἶναι ἀμέτοχος ἀμέσων ἐπιπλοκῶν, κυρίως ὀξείας διατάσεως τοῦ στομάχου. Ἄλλὰ καὶ μετεγχειρητικῶς παρετηρήθησαν ἐπίμονα καὶ μεγάλης διαρκείας ἐνοχλήματα. Ἡ ἐπέμβασις αὕτη ἐδημιούργησεν ἐξ ἄλλου μίαν νέαν μορφήν στομάχου, τὸν λεγόμενον «στόμαχον Dragstedt». Πρόκειται περὶ ἐνὸς στομάχου λίαν ἀτόνου, ἄνευ περισταλτικῶν κινήσεων καὶ μὲ κένωσιν ἐπιβραδυνομένην καὶ πέραν τῶν 24 ὥρων. Ἐπὶ πλεόν, εἰς περιπτώσεις λανθανούσης στενώσεως τοῦ πυλωροῦ, ἄνευ εἰσέτι κλινικῶν ἐκδηλώσεων, ἡ λόγῳ τῆς διατομῆς τῶν πνευμονογαστρικῶν ἐπερχομένη κατάργησις τῶν περισταλτικῶν κινήσεων τοῦ στομάχου δὲν ἐξασφαλίζει πλεόν τὴν κένωσιν τοῦ γαστρικοῦ περιεχομένου. Παρατηρήθη ἐπίσης ὅτι ἡ ταχεῖα ἐπούλωσις ἐνὸς δωδεκαδακτυλικοῦ ἔλκους ἢ ἔλκους τοῦ πυλωροῦ δυνατόν νὰ δημιουργήσῃ ὀργανικὴν στένωσιν. Εἰς ὅλας αὐτάς τὰς περιπτώσεις ἐπιβάλλεται ἡ συμπλήρωσις τῆς διατομῆς τῶν πνευμονογαστρικῶν διὰ μιᾶς γαστροεντερο-αναστομώσεως.

Κατόπιν τῆς ἐπεμβάσεως ταύτης διεπιστώθη ἡ κατάργησις τῆς ψυχικῆς φάσεως τῆς γαστρικῆς ἐκκρίσεως καὶ ἡ ἐλάττωσις, οὐχὶ ὁμως καὶ ἡ κατάργησις, τῆς χημικῆς τοιαύτης, ὡς ἀποδεικνύεται ἐκ τοῦ γεγονότος, ὅτι ἡ ἐκκρίσις εἶναι ὀλιγωτέρα κατόπιν ἰσταμίνης ἢ γεύματος Ewald. Ἡ ἐκκρίσις καὶ ὁ χρόνος κενώσεως ἐλαττοῦνται κατὰ τὸ ἥμισυ περίπου. Παρατηρήθη ἐπίσης κατάργησις τῶν περισταλτικῶν κινήσεων τοῦ στομάχου, αἵτινες ὁμως ἐπανέρχονται, ὁ δὲ στόμαχος ἐκκενοῦται ταχύτατα, ἐὰν χορηγηθῇ ὑποδορῶς τὸ παρασυμπαθητικομιμικόν φάρμακον Urécholine, εἰς τὴν δόσιν τῶν 5—10mg ἡμερησίως.

Ἴνα ἐλέγξωμεν κατὰ πόσον ἡ διατομὴ τῶν πνευμονογαστρικῶν εἶναι πλήρης, θὰ ὑποβάλωμεν τὸν ἄρρωστον εἰς τὴν λεγομένην δοκιμασίαν τοῦ Hollander. Αὕτη βασιζέται ἐπὶ τοῦ γεγονότος, ὅτι ἡ κατόπιν χορηγήσεως Ἰνσουλίνης προκαλουμένη ὑπογλυκαιμία—0,50%, τοῦλάχιστον—ἐρεθίζει τὰ κέντρα τῶν πνευμονογαστρικῶν. Ὁ ἐρεθισμὸς αὐτός θὰ ἐκδηλωθῇ ἐπὶ τοῦ στομάχου μὲ ἄφθονον ἐκκρίσιν ὕγροῦ, πλουσίου εἰς HCl. Ἐὰν ἡ τομὴ τῶν νεύρων αὐτῶν εἶναι πλήρης, δὲν πρέπει νὰ ἔχωμεν οὐδεμίαν αὐξησιν τῆς γαστρικῆς ἐκκρίσεως. Ἡ δοκιμασία αὕτη ἐκτελεῖται ὡς ἐξῆς: Λαμβάνεται ἀρχικῶς γαστρικὸν ὕγρον τοῦ ἀρρώστου ὄντος νήστεως, ἐν συνεχείᾳ δὲ ἐνί-

ενται ένδοφλεβίως 20 μονάδες ίνσουλίνης. Μετά τι χρονικόν διάστημα, ήμίσειαν ώραν περίπου, ό άσθενής έμφανίζει συνήθως έντονα ύπογλυχαιμικά φαινόμενα, όποτε λαμβάνεται έκ νέου γαστρικόν ύγρόν, συγχρόνως δέ καί αίμα δια τόν προσδιορισμόν τοῦ σακχάρου. Ένίεμεν έν συνεχεία ύπερτονικόν σακχαροῦχον όρόν. Έξέταση τοῦ γαστρικοῦ ύγροῦ κατόπιν τής δοκιμασίας ταύτης πρέπει νά είναι άρνητική από άπόψεως HCl, εάν ή διατομή τών πνευμονογαστρικῶν είναι πλήρης.

Έ μέθοδος αύτη δέν φαίνεται νά έχη άποδώσει ό,τι άνεμένετο από αύτην. Καί έν πρώτοις άντενδείκνυται εις τά έλκη τοῦ στομάχου, έφ' όσον ύπάρχει πάντοτε ό κίνδυνος νά παρίδη τις έν νεόπλασμα, τό όποϊον κλινικῶς καί άκτινολογικῶς έμφανίζεται ως έλκος.

Όσον άφορᾷ τά έλκη τοῦ δωδεκαδακτύλου, δια τά όποια καί έγέγοντο αί περισσότεροι διατομαί τών πνευμονογαστρικῶν, έκτός τών διαφόρων ένοχλημάτων τά όποια προκαλεῖ ή επέμβασις αύτη, όπως κατακράτησις τοῦ γαστρικοῦ περιεχομένου, έπίμονος διάρροια, ναυτία, έμετοι, όξεια διάτασις τοῦ στομάχου, έπώδυνον αίσθημα πληρότητος κ.λ.π., επί πλέον δέν άπεφεύχθησαν, μερικῶς τούλάχιστον, αί ύποτροπαί, αί διατρήσεις, ως καί ή δημιουργία νέου έλκους επί τοῦ στομάχου.

Ό συνδυασμός διατομής τών πνευμονογαστρικῶν καί γαστροεντεροαναστομώσεως δέν φαίνεται νά άπέδωσεν έξαιρετικά άποτελέσματα, άνώτερα τής ύφολικής γαστρεκτομής. Πιθανώτατα ό καλύτερος συνδυασμός, προκειμένου ίδίως περί αίμορραγικῶν ως καί πεπτικῶν έλκῶν, είναι ό τής διατομής τών πνευμονογαστρικῶν καί γαστρεκτομής.

Έ κυριωτέρα ένδειξις τής μεθόδου ταύτης είναι τό πεπτικόν έλκος κατόπιν γαστρεκτομής, ίδίως προκειμένου περί τής λεγομένης ύποτροπιαζούσης μορφής.

* *

Υπό τόν όρον πεπτικόν έλκος έννοῦμεν ένταῦθα τό έλκος έκεῖνο, τό όποϊον έπιπλέκει μίαν χειρουργικήν επέμβασιν, είτε πρόκειται περί γαστροεντεροαναστομώσεως είτε περί γαστρεκτομής. Έ διευκρίνησις αύτη είναι άπαραίτητος, δεδομένου ότι εις τās Άγγλοσαξονικās χώρας ύπό τόν όρον *perforic ulcer* περιλαμβάνουν άπαντα τά έλκη, οίασδήποτε έντοπίσεως, ένῶ τά μετεγχειρητικά τά άποκαλοῦν έλκη τής νήστεως. Έν Γαλλίᾳ τό έλκος τοῦτο άποκαλεῖται *ulcère perforique*.

Έάν ή μία ή ή άλλη τεχνική προδιαθέτη εις τήν δημιουργίαν

πεπτικοῦ ἔλκουσ, δὲν φαίνεται ὁμως νὰ φέρη καὶ τὴν ἀπόλυτον πάντοτε εὐθύνην, δεδομένου ὅτι πεπτικά ἔλκη ἐνεφανίσθησαν 10, 20 ἀκόμη καὶ 25 ὀλόκληρα ἔτη μετὰ τὴν ἐπέμβασιν. Μία τοπικὴ φλεγμονὴ στομάχου—νήστεως προδιαθέτει ἀναμφισβητήτως, πλὴν ὁμως ἢ «ἐλκωτικὴ προδιάθεσις» παίζει σημαντικώτατον ρόλον, τὸν ὁποῖον δὲν δύναται ν' ἀποκλείσῃ οὐδεμία μέθοδος, οὐδεμία τεχνικὴ.

Πρέπει ἐπίσης νὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν, ὅτι ἡ νήστις δὲν ἔχει τοιαύτην κατασκευὴν, ὥστε νὰ δέχεται τροφὰς ἀπέπτους, ἐρεθιστικάς, ὅπως τοῦτο συμβαίνει μετεγχειρητικῶς, ἐξ οὗ καὶ ὁ σημαντικώτατος ρόλος τῆς μετεγχειρητικῆς διαίτης.

Δέον ἐπίσης νὰ σημειωθῇ, ὅτι πεπτικὸν ἔλκος ἐμφανίζεται ὄχι μόνον κατόπιν ἀναστομώσεως δι' ἔλκος, ἀλλὰ ἔχει σημειωθῆ καὶ εἰς περιπτώσεις καθ' ἃς ἔλαβε χώραν τοιαύτη παρηγορητικὴ ἐπέμβασις διὰ καρκίνον τοῦ στομάχου.

Τὸ πεπτικὸν ἔλκος παρατηρεῖται σπανίως εἰς τὰς γυναῖκας. Τὸ ἀνδρικὸν φύλον ὑπερέχει σημαντικώτατα μὲ ἀναλογίαν τοῦλάχιστον 7: 1. Συμπτωματικῶς ἴσως ἡμεῖς παρατηρήσαμεν ἐν τῇ Κλινικῇ περισσότερα τοιαῦτα ἔλκη εἰς γυναῖκας. Ἑλληνικὴ στατιστικὴ ἐπίσης τοῦ κ. Μ. Μακκᾶ, δημοσιευθεῖσα εἰς τὸ ἐξωτερικόν, ἀναφέρει 72 πεπτικά ἔλκη εἰς ἄνδρας ἐπὶ συνόλου 78.

Ἡ ἡλικία δὲν φαίνεται νὰ παίζῃ ἰδιαίτερόν τινα ρόλον.

Ἐπάρχει ὁμως, κατὰ τὸν Guimann, κάποια φυλετικὴ προδιάθεσις, ἀφορῶσα ἰδίως τοὺς Μεσογειακοὺς λαοὺς. Οἱ ἄρρωστοὶ αὐτοί, ἔστω καὶ μετὰ μακρὰν παραμονὴν εἰς βόρεια κλίματα, χειρουργούμενοι προσβάλλονται συχνότερον ἀπὸ πεπτικὸν ἔλκος.

Ἡ φύσις ὁμως τῆς νόσου, λόγω τῆς ὁποίας ἐγένετο ἡ γαστρεκτομὴ, παίζει σημαντικὸν ρόλον. Οὕτω, πεπτικά ἔλκη παρατηροῦνται εἰς περιπτώσεις καθ' ἃς ἐγένετο γαστρεκτομὴ, χωρὶς νὰ ὑπάρχη γαστροδωδεκαδακτυλικὴ βλάβη, ἐκ διαγνωστικοῦ σφάλματος. Ἐπὶ 6 τοιούτων περιπτώσεων, αἱ 4 ἀνέπτυξαν πεπτικὸν ἔλκος. Παρατηροῦνται συχνότερον εἰς γαστρεκτομὰς λόγω ἔλκουσ τοῦ στομάχου. Παρατηροῦνται ὡσαύτως ὁσάκις λαμβάνει χώραν δευτέρα γαστρεκτομὴ, εἴτε λόγω ἄλλοτε διατηρηθέντος καὶ συρραφέντος ἔλκουσ εἴτε λόγω πεπτικοῦ ἔλκουσ ἐπὶ γαστροεντεροαναστομώσεως. Εἶναι ἐπομένως εὐνόητος ἡ σημασία τῆς πρώτης ἐπεμβάσεως ἐπὶ τοῦ στομάχου, ἥτις πρέπει νὰ εἶναι τελεία τεχνικῶς. Δευτέρα γαστρεκτομὴ, ὅσον ἀρίστη καὶ ἂν εἶναι, δὲν ἐπιτυγχάνει πάντοτε τὴν ἴασιν τοῦ ἄρρώστου. Διὰ τοῦτο καὶ ὁ Γάλλος χειρουργὸς Charrier ἐπιμένει καὶ τονίζει, ὅτι εἰς τὴν χειρουργικὴν τοῦ στομάχου τὸ πᾶν εἶναι ἢ «καλὴ ἐκκίνησις».

Ἐκτὸς τῶν ὡς ἄνω αἰτίων, ὡς καὶ τῆς προδιαθέσεως, τὰ ὁποῖα εὐνοοῦν τὴν δημιουργίαν πεπτικοῦ ἔλκους, δύο κυρίως φαίνεται ὅτι εἶναι τὰ αἷτια αὐτοῦ: ὁ χημικὸς καὶ ὁ μηχανικὸς παράγων.

Ὁ χημικὸς παράγων, ἢ ὑπερέκκρισις μεθ' ὑπεροξύτητος, ὀφείλεται εἰς τρία αἷτια:

— Τὴν λόγῳ ἀνεπαρκοῦς ἐκτομῆς τοῦ στομάχου διατήρησιν σημαντικῆς γαστρικῆς ἐκκρίσεως.

— Τὴν διατήρησιν τῆς πυλωρικῆς ζώνης ἐκ τῆς ὁποίας ἐκκινεῖ ὁ ὁρμονικὸς παράγων ὁ προκαλὼν τὴν ὑπερέκκρισιν (γαστρεκτομὴ πρὸς ἀποκλεισμόν μετὰ διατήρησιν τοῦ πυλωροῦ).

— Τὴν ὀλικὴν παροχέτευσιν τῶν ἀλκαλικῶν ὑγρῶν τοῦ δωδεκαδακτύλου (γαστρεκτομὴ μετὰ ἐντεροεντερικῆς ἀναστομώσεως ἐν εἴδει Υ).

Ὁ μηχανικὸς παράγων, ὅστις εὐνοεῖ τὴν δημιουργίαν τοῦ πεπτικοῦ ἔλκους, εἶναι ὁ αὐτὸς μετὰ τὸν τοῦ πειραματικοῦ ἔλκους εἰς τὰ ζῷα: Ἡ παροχέτευσις τῶν δωδεκαδακτυλικῶν ὑγρῶν πρὸς τὸ τυφλόν. Ἐπομένως, ἵνα ἀποφύγη τις τὸ πεπτικὸν ἔλκος, πρέπει νὰ ἐκτελέσῃ ἀρκετὰ εὐρεῖαν ἀναστόμωσιν μεταξὺ γαστρικοῦ κολοβώματος καὶ νήστεως, μετὰ σύγχρονον ἀφαίρεσιν πυλωροῦ καὶ ἄντρου καὶ ἀποφυγὴν οἰασδῆποτε στάσεως εἰς τὸ κολόβωμα καὶ τὴν ἀπιούσαν ἔλικα. Ἐν ἐναντίῳ περιπτώσει ὁ στόμαχος ἐπανακτᾷ ὀλίγον κατ' ὀλίγον τὴν ἱκανότητα ἐκκρίσεως ὡς καὶ τὴν ἐλκωτικὴν προδιάθεσιν, ὅποτε μία νέα συμπληρωματικὴ καὶ τελεία ἔστω ἀπὸ τεχνικῆς ἀπόψεως χειρουργικῆς ἐπέμβασις δὲν δύναται πλέον νὰ ἐμποδίσῃ τὴν ὑποτροπιάζουσαν μορφήν.

Ἐκτὸς τῶν ὡς ἄνω παραγόντων σημαντικὸν ρόλον παίζει μία τοπικὴ φλεγμονή, μία γαστρονησιτίτις. Ἐξ οὗ καὶ ἡ ἀνάγκη, ὅπως ἀποφεύγῃται χειρουργικαὶ ἐπεμβάσεις ἐν πλήρει περιόδῳ πόνων καὶ γίνεται ἡ ἐκτέλεισις τούτων κατὰ μίαν περίοδον ἡρεμίας. Σημειώτεον ἐπίσης ὅτι τὰ περισσότερα πεπτικά ἔλκη ἐμφανίζονται εἰς ἄτομα νέα τὴν ἡλικίαν. Προσωπικῶς ἔχομεν διαπιστώσει, ὅτι ὅσον ἐνωρίτερον γίνεται ἡ γαστρεκτομὴ δι' ἔλκος πρόσφατον, τόσον περισσότερον αὐξάνουν αἱ πιθανότητες δημιουργίας πεπτικοῦ ἔλκους. Τοῦναντίον σπανιώτερα παρατηρήσαμεν πεπτικά ἔλκη εἰς πολὺ παλαιοὺς ἐλκοπαθεῖς ἔχοντας ὑπερβῆ τὸ 40ὸν ἔτος τῆς ἡλικίας των. Τοῦτο ἴσως ὀφείλεται εἰς τὴν σὺν τῷ χρόνῳ καὶ λόγῳ ἡλικίας ἐπερχομένην ἀτροφίαν τῶν ἀδένων τοῦ στομάχου, μετὰ ἄμεσον ἀποτέλεσμα τὴν φυσιολογικὴν ἐλάττωσιν τῆς γαστρικῆς ἐκκρίσεως. Ὡς ἐκ τούτου οὐδέποτε συνιστῶμεν χειρουργικὴν ἐπέμβασιν εἰς νέα τὴν ἡλικίαν

άτομα —έκτός εάν υπάρχουν ἄλλαι ἐνδείξεις— ὡς ἐπίσης καὶ εἰς πρόσφατα ἔλκη, ἐάν δὲν προηγηθῇ μακροχρόνιος φαρμακοδιαιτητικὴ ἀγωγή.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΩΝ

Ὁ χρόνος ἐμφάνισης ἐνὸς πεπτικοῦ ἔλκους μετὰ τὴν χειρουργικὴν ἐπέμβασιν ποικίλλει. Σπανίως ἢ εἰσβολὴ εἶναι ὀξεῖα, ἐντὸς ἐλαχίστων ἡμερῶν ἀπὸ τῆς ἐγχειρήσεως. Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον εἶναι βραδεῖα, κατόπιν ὀλίγων μηνῶν φαινομενικῆς ἰάσεως. Συνήθως τὸ πεπτικὸν ἔλκος ἐκδηλοῦται ἐντὸς τοῦ πρώτου ἔτους ἀπὸ τῆς ἐγχειρήσεως. Ἐχουν ὅμως παρατηρηθῆ καὶ τοιαῦτα πολλὰ ἔτη βραδύτερον, ἡμεῖς δὲ ἔσχομεν περίπτωσιν πεπτικοῦ ἔλκους ἐκδηλωθέντος 8 ἔτη μετὰ τὴν γαστρεκτομὴν, κατὰ τὰ ὁποῖα ὁ ἄρρωστος οὐδέποτε παρεπονέθη δι' οἰονδήποτε ἐνόχλημα.

Τὰ συμπτώματα ὁμοιάζουν μὲ τὰ τῶν γαστροδωδεκαδακτυλικῶν ἔλκων. Ἐνίοτε προϋπάρχει μία περίοδος ὀξέων πόνων, οἵτινες ὑποχωροῦν, χωρὶς καὶ ν' ἀποκλείεται ἡ τελικὴ ἴασις.

Συνηθέστερον τὸ πεπτικὸν ἔλκος ἐκδηλοῦται τὸ πρῶτον μὲ φαινόμενα γαστρονησιτίτιδος, ἤτοι αἴσθημα βάρους, αἴσθημα καύσου, τὰ ὁποῖα ἐξελίσσονται καὶ λαμβάνουν τὴν μορφήν γνησίου πόνου.

Ἄλλοτε πάλιν ἢ εἰσβολὴ εἶναι ἀπότομος, ὀξεῖα, χαρακτηριζομένη ἀπὸ τὴν ἐξαιρετικὴν δριμύτητα τῶν πόνων ἀφ' ἐνὸς καὶ ἀφ' ἑτέρου τὴν περιοδικότητα τούτων εἰς τὸ ἔτος.

Οἱ πόνοι τοῦ πεπτικοῦ ἔλκους προσλαμβάνουν περιοδικὴν μορφήν: Περίοδος πόνων διάρκειας 10—30 ἡμερῶν, μὲ περιόδους ἡρεμίας πολλῶν ἐβδομάδων ἢ καὶ μηνῶν. Ἐφ' ὅσον ὅμως ἢ διάρκεια τῆς νόσου παρατείνεται, οἱ χαρακτῆρες τῶν πόνων ἀλλοιοῦνται, γίνονται πλέον συχνοί, ἀνώμαλοι, καθημερινοί. Τελικῶς κάθε περιοδικότης ἐξαφανίζεται καὶ μάλιστα εἰς χρονικὸν διάστημα κατὰ πολὺ βραχύτερον τοῦ συνήθως παρατηρουμένου εἰς τὰ ἔλκη τοῦ στομάχου ἢ δωδεκαδακτύλου.

Τὸ πλέον χαρακτηριστικὸν σημεῖον τοῦ πεπτικοῦ ἔλκους εἶναι ἡ δριμύτης τῶν πόνων. Πρόκειται περὶ πόνων φρικτῶν, ἀπεριγράπτου ἐντάσεως, τόσον ὥστε οἱ ἄρρωστοι νὰ ἀναδιπλοῦνται εἰς δύο, ἐνίοτε δὲ νὰ κυλίωνται ἐπὶ τοῦ δαπέδου.

Ἡ ἐντόπισις τῶν πόνων εἶναι συνήθως πλέον χαμηλὴ ἀπὸ τὴν τῶν ἄλλων ἔλκων, εἰς τὸ ὕψος περίπου τοῦ ὀμφαλοῦ καὶ ἀριστερὰ εἰς τὸ ὑποχόνδριον. Ὁ ἄρρωστος προσδιορίζει συνήθως

τὴν νέαν ταύτην ἐντόπισιν, τὴν ὁποίαν καὶ διακρίνει ἀπὸ τὴν προεγχειρητικὴν.

Αἱ αἱμορραγίαι δὲν εἶναι σπάνιαι. Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον πρόκειται περὶ μελαίνης, ἀλλὰ καὶ ἡ αἱματέμεσις δὲν ἀποκλείεται. Πρόκειται συνήθως περὶ μικρῶν αἱμορραγιῶν ὀφειλομένων περισσότερον εἰς τὴν συνυπάρχουσαν παρὰ τὴν ἀναστόμωσιν φλεγμονήν, παρὰ εἰς αὐτὸ τοῦτο τὸ ἔλκος, τὸ ὁποῖον προκαλεῖ αἱμορραγίας μεγάλης ποσότητος. Ἐνίοτε αἱ αἱμορραγίαι αὗται ἀποτελοῦν καὶ τὴν μόνην κλινικὴν ἐκδήλωσιν τοῦ πεπτικοῦ ἔλκους.

Ἡ ἐξέτασις τοῦ ἄρρωστου ἔχει σημασίαν. Θὰ διαπιστώσωμεν ἀντίστασιν τοῦ ἀριστεροῦ τοιχώματος, ἡ δὲ ἡπία ψηλάφησις προκαλεῖ σαφῆ καὶ ἐντετοπισμένον πόνον παρὰ τὴν ἀναστόμωσιν. Ἐάν πιέσωμεν εἰς τὸ σημεῖον αὐτό, ὁ ἄρρωστος ἀναπηδᾷ ἀποτόμως λόγῳ τοῦ προκαλουμένου δριμυτάτου πόνου (σημεῖον τοῦ ἠλεκτρικοῦ κώδωνος κατὰ τὸν Gutmann).

Κλινικαὶ μορφαί. Ἐκτὸς τῆς συνήθους μορφῆς τὴν ὁποίαν περιεγράψαμεν, ὑπάρχουν καὶ ὠρισμένοι ἴδιοι, χαρακτηριστικαὶ τοῦ πεπτικοῦ ἔλκους.

Οὕτως, εἰς τὰς προσθίας κυρίως ἀναστομώσεις, δυνατόν νὰ παρατηρηθῇ μία ἐντετοπισμένη ἐπιπολῆς περιτονίτις, ἐνῶ μὲ ὀπισθίαν γαστροεντεροαναστόμωσιν τὸ ἔλκος διατιτραινόμενον ἐντὸς τοῦ ἐγκαρσίου κώλου δημιουργεῖ μίαν ἐν τῷ βάθει ψηλαφητὴν μάζαν περιωρισμένης ἐκτάσεως, λόγῳ τῶν πολλαπλῶν συμφύσεων.

Ἡ ὑποτροπιάζουσα μορφή εἶναι ἡ πλέον ἀπογοητευτικὴ. Πρόκειται περὶ ἄρρωστων εἰς τοὺς ὁποίους μεθ' ἐκάστην χειρουργικὴν ἐπέμβασιν ἐμφανίζεται καὶ νέον πεπτικὸν ἔλκος. Ἐχουν σημειωθῆ τρεῖς καὶ τέσσαρες χειρουργικαὶ ἐπεμβάσεις, χωρὶς οὐδεμία ἐξ αὐτῶν νὰ δυνηθῇ ν' ἀποτρέψῃ τὴν ἐπανεμφάνισιν τοῦ ἔλκους. Αἱ περιπτώσεις αὗται ἀνήκουν ἀναμφισβητήτως εἰς εἰδικὴν κατηγορίαν «ἐλκωτικῆς προδιαθέσεως», εἰς μίαν γνησίαν ἐλκωτικὴν νόσον, πρὸ τῆς ὁποίας εἴμεθα, ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον, ἀνίσχυροι.

Ἴδού, ἐκ τῶν πολλῶν, μία ἡμετέρα χαρακτηριστικὴ περίπτωσις ὑποτροπιάζοντος πεπτικοῦ ἔλκους:

Ἄρρωστος ἡλικίας 46 ἐτῶν, μὲ τυπικόν, ἀπὸ δεκαετίας, ἱστορικόν ἔλκος: περίοδοι πόνων διαρκείας 1—2 μηνῶν, περίοδοι ἡρεμίας 1, 2 ἕως 6 μηνῶν.

Τὸν Φεβρουάριον τοῦ 1946 πρώτη ἐγχείρησις δι' ἔλκος τοῦ δωδεκαδακτύλου. Λόγῳ πολλαπλῶν φλεγμονῶν καὶ συμφύσεων ἐκτελεῖται γαστρεκτο-

μή πρὸς ἀποκλεισμόν κατὰ Finsterer. Ἐπί ἕν ἐξάμηνον ἀκριβῶς ὁ ἄρρωστος ἔχει καλῶς, ὁπότε αἰφνιδίως καταλαμβάνεται ὑπὸ δευτέρων πόνων, ὀψίμων ἀρχικῶς, συνεχῶν μεταγενεστέρως. Ἀκτινογραφία: τεράστιον πεπτικὸν ἔλκος τῆς ἀπιούσης ἔλικος.

Τὸν Δεκέμβριον τοῦ 1946 δευτέρα ἐπέμβασις. Πεπτικὸν ἔλκος εἰς τὴν ἀρχὴν τῆς ἀπιούσης ἔλικος. Ἐγένετο ἀποσκελέτως καὶ ἐκτομή τῆς παλαιᾶς ἀναστομώσεως μετὰ τοῦ ἔλκουσ καὶ ἕν συνεχεῖα νέα ὀπισθοκωλικὴ ἀναστόμωσις κατὰ Reichel—Polya, μετὰ προηγουμένην ἀποκατάστασιν τῆς συνεχείας τοῦ λεπτοῦ διὰ τελικοτελικῆς ἀναστομώσεως.

Ὁ ἄρρωστος ἔχει καλῶς ἐπὶ ἕν τετράμηνον, ὁπότε καταλαμβάνεται ἐκ νέου, καθημερινῶς καὶ ὀλόκληρον τὸ 24ωρον, ὑπὸ πόνων ἐξαιρετικῆς δριμύτητος, τόσον ἰσχυρῶν ὥστε νὰ κυλιεται ἐπὶ τοῦ δαπέδου.

Αἱ ἀκτινογραφίαι δεικνύουσιν τεράστιον πεπτικὸν ἔλκος τῆς ἀπιούσης ἔλικος, μεγέθους καρύου (βλ. ἀκτινογραφίας).

Ἐπί ἕν τρίμηνον κατεβλήθησαν προσπάθειαι βελτιώσεως διὰ φαρμακοδιαιτητικῆς ἀγωγῆς. Λόγῳ ὅμως τῶν συνεχιζομένων πόνων ἐγένετο καὶ τρίτη χειρουργικὴ ἐπέμβασις, κατὰ τὴν ὁποίαν ὁ ἄρρωστος ἀπεβίωσεν.

Ἐπὶ ἕν τετράμηνον κατεβλήθησαν προσπάθειαι βελτιώσεως διὰ φαρμακοδιαιτητικῆς ἀγωγῆς. Λόγῳ ὅμως τῶν συνεχιζομένων πόνων ἐγένετο καὶ τρίτη χειρουργικὴ ἐπέμβασις, κατὰ τὴν ὁποίαν ὁ ἄρρωστος ἀπεβίωσεν.

Ἐπὶ ἕν τετράμηνον κατεβλήθησαν προσπάθειαι βελτιώσεως διὰ φαρμακοδιαιτητικῆς ἀγωγῆς. Λόγῳ ὅμως τῶν συνεχιζομένων πόνων ἐγένετο καὶ τρίτη χειρουργικὴ ἐπέμβασις, κατὰ τὴν ὁποίαν ὁ ἄρρωστος ἀπεβίωσεν.

Ἐπὶ ἕν τρίμηνον κατεβλήθησαν προσπάθειαι βελτιώσεως διὰ φαρμακοδιαιτητικῆς ἀγωγῆς. Λόγῳ ὅμως τῶν συνεχιζομένων πόνων ἐγένετο καὶ τρίτη χειρουργικὴ ἐπέμβασις, κατὰ τὴν ὁποίαν ὁ ἄρρωστος ἀπεβίωσεν.

Ἐπὶ ἕν τρίμηνον κατεβλήθησαν προσπάθειαι βελτιώσεως διὰ φαρμακοδιαιτητικῆς ἀγωγῆς. Λόγῳ ὅμως τῶν συνεχιζομένων πόνων ἐγένετο καὶ τρίτη χειρουργικὴ ἐπέμβασις, κατὰ τὴν ὁποίαν ὁ ἄρρωστος ἀπεβίωσεν.

Ἐπὶ ἕν τρίμηνον κατεβλήθησαν προσπάθειαι βελτιώσεως διὰ φαρμακοδιαιτητικῆς ἀγωγῆς. Λόγῳ ὅμως τῶν συνεχιζομένων πόνων ἐγένετο καὶ τρίτη χειρουργικὴ ἐπέμβασις, κατὰ τὴν ὁποίαν ὁ ἄρρωστος ἀπεβίωσεν.

Ἐπὶ ἕν τρίμηνον κατεβλήθησαν προσπάθειαι βελτιώσεως διὰ φαρμακοδιαιτητικῆς ἀγωγῆς. Λόγῳ ὅμως τῶν συνεχιζομένων πόνων ἐγένετο καὶ τρίτη χειρουργικὴ ἐπέμβασις, κατὰ τὴν ὁποίαν ὁ ἄρρωστος ἀπεβίωσεν.

Ἐπὶ ἕν τρίμηνον κατεβλήθησαν προσπάθειαι βελτιώσεως διὰ φαρμακοδιαιτητικῆς ἀγωγῆς. Λόγῳ ὅμως τῶν συνεχιζομένων πόνων ἐγένετο καὶ τρίτη χειρουργικὴ ἐπέμβασις, κατὰ τὴν ὁποίαν ὁ ἄρρωστος ἀπεβίωσεν.

Ἐπὶ ἕν τρίμηνον κατεβλήθησαν προσπάθειαι βελτιώσεως διὰ φαρμακοδιαιτητικῆς ἀγωγῆς. Λόγῳ ὅμως τῶν συνεχιζομένων πόνων ἐγένετο καὶ τρίτη χειρουργικὴ ἐπέμβασις, κατὰ τὴν ὁποίαν ὁ ἄρρωστος ἀπεβίωσεν.

Ἐπὶ ἕν τρίμηνον κατεβλήθησαν προσπάθειαι βελτιώσεως διὰ φαρμακοδιαιτητικῆς ἀγωγῆς. Λόγῳ ὅμως τῶν συνεχιζομένων πόνων ἐγένετο καὶ τρίτη χειρουργικὴ ἐπέμβασις, κατὰ τὴν ὁποίαν ὁ ἄρρωστος ἀπεβίωσεν.

Ἐπὶ ἕν τρίμηνον κατεβλήθησαν προσπάθειαι βελτιώσεως διὰ φαρμακοδιαιτητικῆς ἀγωγῆς. Λόγῳ ὅμως τῶν συνεχιζομένων πόνων ἐγένετο καὶ τρίτη χειρουργικὴ ἐπέμβασις, κατὰ τὴν ὁποίαν ὁ ἄρρωστος ἀπεβίωσεν.

Ἐπὶ ἕν τρίμηνον κατεβλήθησαν προσπάθειαι βελτιώσεως διὰ φαρμακοδιαιτητικῆς ἀγωγῆς. Λόγῳ ὅμως τῶν συνεχιζομένων πόνων ἐγένετο καὶ τρίτη χειρουργικὴ ἐπέμβασις, κατὰ τὴν ὁποίαν ὁ ἄρρωστος ἀπεβίωσεν.

Ἐπὶ ἕν τρίμηνον κατεβλήθησαν προσπάθειαι βελτιώσεως διὰ φαρμακοδιαιτητικῆς ἀγωγῆς. Λόγῳ ὅμως τῶν συνεχιζομένων πόνων ἐγένετο καὶ τρίτη χειρουργικὴ ἐπέμβασις, κατὰ τὴν ὁποίαν ὁ ἄρρωστος ἀπεβίωσεν.

Ἐπὶ ἕν τρίμηνον κατεβλήθησαν προσπάθειαι βελτιώσεως διὰ φαρμακοδιαιτητικῆς ἀγωγῆς. Λόγῳ ὅμως τῶν συνεχιζομένων πόνων ἐγένετο καὶ τρίτη χειρουργικὴ ἐπέμβασις, κατὰ τὴν ὁποίαν ὁ ἄρρωστος ἀπεβίωσεν.

Ἐπὶ ἕν τρίμηνον κατεβλήθησαν προσπάθειαι βελτιώσεως διὰ φαρμακοδιαιτητικῆς ἀγωγῆς. Λόγῳ ὅμως τῶν συνεχιζομένων πόνων ἐγένετο καὶ τρίτη χειρουργικὴ ἐπέμβασις, κατὰ τὴν ὁποίαν ὁ ἄρρωστος ἀπεβίωσεν.

Ἐπὶ ἕν τρίμηνον κατεβλήθησαν προσπάθειαι βελτιώσεως διὰ φαρμακοδιαιτητικῆς ἀγωγῆς. Λόγῳ ὅμως τῶν συνεχιζομένων πόνων ἐγένετο καὶ τρίτη χειρουργικὴ ἐπέμβασις, κατὰ τὴν ὁποίαν ὁ ἄρρωστος ἀπεβίωσεν.

Ἐπὶ ἕν τρίμηνον κατεβλήθησαν προσπάθειαι βελτιώσεως διὰ φαρμακοδιαιτητικῆς ἀγωγῆς. Λόγῳ ὅμως τῶν συνεχιζομένων πόνων ἐγένετο καὶ τρίτη χειρουργικὴ ἐπέμβασις, κατὰ τὴν ὁποίαν ὁ ἄρρωστος ἀπεβίωσεν.

Ἐξέλιξις. Λόγῳ μιᾶς φλεγμονῆς ἢ μιᾶς σκληρυντικῆς ἐπεξεργασίας περί τὸ ἔλκος δημιουργεῖται ἐνίοτε στένωσις τοῦ στομίου.

Ἡ συνήθης ὁμῶς ἐξέλιξις ἐνὸς πεπτικοῦ ἔλκους εἶναι εἴτε ἡ διάτρησις τοῦ ἐντὸς τῆς περιτοναϊκῆς κοιλότητος εἴτε καὶ ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον, ἐντὸς τοῦ παχέος ἐντέρου καὶ κυρίως ἐντὸς τοῦ ἐγκαρσίου, ὁπότε θὰ ἔχωμεν τὸ γαστροκωλικὸν συρίγγιον. Λόγῳ τῆς οὕτω δημιουργουμένης ἀμέσου ἐπικοινωνίας μεταξὺ στομάχου καὶ παχέος ἐντέρου, τὰ γαστρικὰ ὑγρά, αἱ ἄπεπτοι τροφαὶ εἰσέρχονται ἀπ' εὐθείας ἐντὸς τοῦ κόλου, προκαλοῦσαι διαρροϊκὰς κενώσεις. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς θὰ παρατηρήσωμεν, ὅτι τροφαὶ ληφθεῖσαι λόγου χάριν πρὸ μιᾶς ὥρας ἀποβάλλονται διὰ τῶν κοπράνων, τὰ ὁποῖα ἐπὶ πλέον περιέχουν ἄπεπτα λίπη. Εἶναι ἐπίσης δυνατὸν τὰ κόπρανα διὰ τοῦ συρινγίου νὰ εἰσέλθουν ἐντὸς τοῦ στομάχου καὶ ν' ἀποβληθοῦν δι' ἐμέτων.

Εὐνόητον εἶναι ὅτι ἡ κατάστασις αὕτη θὰ ἐπιφέρῃ πλήρη ἀφυδάτωσιν, ἀπίσχανσιν κ.λ.π., μὲ ἀποτέλεσμα τὸν θάνατον τοῦ ἀρρώστου, ἐάν δὲν χειρουργηθῇ ἐγκαίρως. Ἐν τῇ Κλινικῇ παρατηρήσαμεν δύο τοιαῦτα συρίγγια, τὰ ὁποῖα καὶ ἐχειρουργήθησαν ἐπιτυχῶς.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΩΝ

Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις εἶναι ἀπαραίτητος διὰ τὴν διάγνωσιν. Χρῆζει ὁμῶς ἰδιαιτέρας προσοχῆς καὶ πρέπει νὰ ληφθοῦν πολλαπλαῖ ἀκτινογραφίαι τοῦ κολοβώματος τοῦ στομάχου, τῆς ἀναστομώσεως καὶ τῶν ἐλίκων, ἰδίως τῆς ἀπιούσης, δεδομένου ὅτι ἡ διάγνωσις τοῦ πεπτικοῦ ἔλκους παρουσιάζει ἀρκετὰς δυσχερείας.

“Ὅπως εἰς τὰ ἄλλα ἔλκη, οὕτω καὶ ἐδῶ θὰ ἔχωμεν ὄμμεσα καὶ ἔμμεσα σημεῖα.

Τὰ ὄμμεσα σημεῖα συνίστανται εἰς τὴν φωλεάν. Αὕτη θ' ἀναζητηθῇ εἴτε ἐπὶ τοῦ στομίου, εἴτε ἐπὶ τῆς ἀπιούσης ἔλικος, σπανιώτατα ἐπὶ τῆς προσιούσης.

Κατὰ τὸ ἀρχικὸν στάδιον τῆς ἐξελίξεώς του τὸ πεπτικὸν ἔλκος ἐμφανίζεται ὑπὸ δύο μορφάς:

— Ὑπὸ μορφήν μικροσκοπικῆς φωλεᾶς ἐν εἴδει ἀπομεμονωμένης μικρᾶς κηλίδος. Εἰς τὰς κατὰ μέτωπον ἀκτινογραφίας καὶ ὅταν ἡ ἔλιξις ἔχῃ ἐκκενωθῇ, ἡ φωλεᾶ παραμένει ὡς αἰωρουμένη, ἐνῶ εἰς πλαγίαν θέσιν ἐμφανίζεται ὡς προεξέχουσα κηλὶς, προσλαμβάνουσα τὴν μορφήν ἐκκολπώματος.

— Ἄλλοτε ἔχομεν μίαν ἄστεροειδῆ εἰκόνα μὲ σύγκλισιν τῶν πτυχῶν πρὸς τὸ ἔλκος καὶ ἐδραζομένην εἰς τὸ κέντρον τῆς ἔλι-

κος. Εἰς πλαγίαν θέσιν φαίνεται καταλαμβάνουσα τὸ χεῖλος ταύτης. Αἱ εἰκόνες αὗται δὲν πρέπει νὰ συγχέωνται μὲ τὴν φυσιολογικὴν ἢ καὶ ἐν φλεγμονῇ διατελοῦσαν πτύχωσιν τοῦ βλεννογόνου. Ὅπως καὶ εἰς ὄλα τὰ ἔλκη, οὕτω καὶ ἐδῶ ἀποκοτῶν διαγνωστικὴν ἀξίαν μόνον αἱ μονίμως καὶ ἐπὶ ὄλων τῶν ἀκτινογραφιῶν παρατηρούμεναι τοιαῦται εἰκόνες.

Κατὰ τὸ δευτέρον στάδιον τῆς ἐξελιξέως του, ἡ εἰκὼν τοῦ ἔλκουσ διαφέρει ἀναλόγως τῆς ἕδρας:

— Τὸ ἔλκος τῆς ἀπιούσης ἑλικος ἐμφανίζεται ὡς μία προεκβολὴ σχήματος μανιταρίου. Προβάλλει ἀπ' εὐθείας ἐκ τῆς ἑλικος μετὰ τῆς ὁποίας συνδέεται συνήθως διὰ μίσχου, ποικίλου μεγέθους. Αἱ πτυχαι τῆς νήστεως συγκλίνουν πρὸς τὴν φωλεάν, ἣτις ἔχει σχῆμα στρογγύλον, ἀνώμαλον ἢ ἀστεροειδές. Ἐνίοτε προσλαμβάνει τὴν ὄψιν φωλεᾶς τύπου Haudeck. Περί τὴν φωλεάν παρατηρεῖται μία ἀκαμψία τῶν χειλέων τῆς νήστεως.

— Τὸ ἔλκος τοῦ στομίου ἀντιπροσωπεύεται ἀπὸ μίαν φωλεάν μετὰ ἢ ἀνευ μίσχου. Ἐνίοτε ἐδράζεται ἀκριβῶς εἰς τὸ σημεῖον ἐκ τοῦ ὁποίου ἐκκινεῖ ἡ ἑλιξ, ὁπότε ἐμφανίζεται ὡς αἰωρουμένη κηλὶς, στρογγύλη ἢ ἀστεροειδής, μὲ συγκλινούσας πτυχὰς καὶ μὲ οἰδηματώδη ἄλω.

Τὸ μέγεθος τῆς φωλεᾶς ποικίλλει ἀπὸ μικρὰς κηλίδος μέχρι διαμέτρου 2 καὶ πλέον ἑκατοστῶν. Αἱ μεγάλαι φωλεαὶ μεγέθους μέχρι καὶ μανδρινίου παρατηροῦνται περισσότερο εἰς τὰ πεπτικά ἔλκη κατόπιν γαστρεκτομῆς. Ἐνίοτε παρατηροῦνται καὶ διπλᾶ ἔλκη.

Τὰ ἔμμεσα σημεῖα δὲν ἔχουν τὴν αὐτὴν διαγνωστικὴν ἀξίαν. Ταῦτα κυρίως εἶναι:

— Ἐντετοπισμένος παρὰ τὴν ἀναστόμωσιν πόνος.

— Ἀνώμαλος ὄψις τῶν ὀρίων τῆς ἑλικος μὲ φαινόμενα εἴτε στενώσεως εἴτε διατάσεως.

— Ἀλλοιώσεις τοῦ ἐκμαγείου τοῦ βλεννογόνου τῆς νήστεως, μὲ πάχυνσιν τῶν πτυχῶν, μὲ ἀστεροειδῆ διάταξιν. Ἄλλοτε πάλιν λόγω διηθήσεως καὶ οἰδήματος τοῦ βλεννογόνου ἢ πτύχωσις ἐξαφανίζεται.

— Εἰς περίπτωσιν ἔλκουσ παρὰ τὴν ἀναστόμωσιν παρατηρεῖται συχνάκις ἡ σύγκλισις πρὸς ταύτην τῶν πτυχῶν τοῦ στομάχου.

— Ἐνίοτε λόγω τῆς συνυπαρχούσης φλεγμονῆς στομίου καὶ νήστεως παρατηροῦνται ψευδοελλειματικαὶ εἰκόνες.

Γενικῶς ἡ ἀκτινολογικὴ διάγνωσις δὲν παρουσιάζει ἀνυπερβλήτους δυσχερείας, ἀρκεῖ νὰ μὴ ἐκλαμβάνωνται ὡς φωλεαὶ διάφοροι

εικόνας με άστεροειδή διάταξιν, όφειλόμεναι εις τήν διάταξιν τών πτυχών και άρκει νά γίνουιν άκτινογραφίαι εις όλας τάς θέσεις, ούτως ώστε ν' άποκαλυφθοϋν μικραί φωλεσί καλυπτόμεναι άπό φλεγμονώδη και οίδηματώδη φαινόμενα τής έλικος.

*
* *

Άπό θεραπευτικής άπόψεως δέν νομίζομεν ότι είναι δυνατή ή ίασις διά φαρμακοδισαιτητικής άγωγής. Σπανίως έπετεύχθη τοϋτο, αι δέ δηθεν ίασεις δέν είναι τίποτε άλλο παρά ή συνήθης περιοδική ήρεμία.

Η μόνη θεραπεία, ήτις έχει άποδώσει μέχρι σήμερα άποτελέσματα, φαίνεται νά είναι ή διατομή τών πνευμονογαστρικών μετά ή άνευ και νέας γαστρεκτομής. Πράγματι, μετά τήν διατομήν παρατηρείται άμεσος έξαφάνισις τών πόνων, ταχεία βελτίωσις τής γενικής καταστάσεως και έξαφάνισις τής άκτινολογικής φωλεᾶς έντός δύο ή τριών έβδομάδων. Ένίοτε όμως και παρά τήν έπέμβασιιν ταύτην, τó έλκος ύποτροπιάζει και ή μόνη πλέον δυνατή έπέμβασις είναι ή όλική γαστρεκτομή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ ΙΑ'

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Α' ΓΕΝΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΙΣ

Μέχρι τοῦ 1829 ὁ καρκίνος τοῦ στομάχου δὲν εἶχεν εἰσέτι διαχωρισθῆ ἀπὸ τὰς ἄλλας ἀλλοιώσεις τοῦ ὄργανου τούτου. Ὁ Cruveilhier εἶναι ἐκεῖνος ὅστις τὸν διεχώρισε, κυρίως ἀπὸ τὸ ἔλκος, ἀποδείξας συγχρόνως ὅτι τὸ τελευταῖον τοῦτο δύναται νὰ ὑποστῇ τὴν κακοήθη ἐξαλλαγὴν. Ἐπηκολούθησαν πλείστα ὅσαι παθολογοανατομικαὶ ἐργασίαι καὶ μελέται τῆς σχέσεως τοῦ καρκίνου μετ' ἄλλους ὄγκους, μετ' τοπικὰς φλεγμονὰς τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου, μετ' διάφορους προκαρκινικὰς καταστάσεις.

Κατὰ τὰς ἀρχὰς τοῦ παρόντος αἰῶνος ἤρχισε προοδευτικῶς ἡ μεγίστη συμβολὴ τῆς ἀκτινολογίας, ἥτις ἀρχικῶς περιωρίζετο εἰς τὴν ἀνακάλυψιν τῶν μεγάλων καὶ ἀνεγχειρήτων ὄγκων, ἵνα φθάσῃ κατὰ τὰ τελευταῖα ἔτη εἰς τὸ σχεδὸν ἰδεῶδες στάδιον τῆς ἀποκαλύψεως λίαν μικροσκοπικῶν ἀλλοιώσεων, μὴ διακρινομένων καὶ κατ' αὐτὴν τὴν ψηλάφησιν ἐπὶ τῆς χειρουργικῆς τραπέζης. Εἰς τὸ σημεῖον αὐτὸ θὰ πρέπη νὰ ἐξάρωμεν ὅλως ἰδιαιτέρως τὴν συμβολὴν τοῦ R. A. Guimann καὶ τῶν μαθητῶν του, χάρις εἰς τὰς ἐργασίας τῶν ὁποίων δυνάμεθα σήμερον νὰ θέσωμεν τὴν διάγνωσιν ἑνὸς καρκίνου τοῦ στομάχου εἰς στάδιον τοιοῦτον, τὸ ὁποῖον νὰ ἐπιτρέπη τὴν ἐξαίρεσιν τοῦ ὄγκου πρὸ τῆς ἐπεκτάσεως καὶ τῶν μεταστάσεων, ἐπιτυγχανομένης τοιουτοτρόπως τῆς ριζικῆς ἰάσεως τοῦ ἀρρώστου.

Διότι πράγματι, μέχρι καὶ σήμερον ἀκόμη, οἱ διαγιγνωσκόμενοι καρκίνοι τοῦ στομάχου ἔχουν συνήθως ἐγγίσει τὸ στάδιον ἐκεῖνο τῆς ἐξελιξεως, κατὰ τὸ ὁποῖον «ἡ μόνη ὑπολειπομένη θεραπεία ἀπὸ χειρουργικῆς μὲν ἀπόψεως νὰ εἶναι ἡ ἐρευνητικὴ, ἀπὸ παθολογικῆς δὲ ἡ μορφίνη», μέχρις ὅτου ἐπέλθῃ τὸ μοιραῖον τέλος.

Ἐκ τῶν περισσοτέρων στατιστικῶν προκύπτει, ὅτι ὁ στόμαχος προσβάλλεται ἀπὸ καρκίνον περισσότερο οἰουδήποτε ἄλλου ὄργανου, κατέχων τοιουτοτρόπως τὸ θλιβερὸν προνόμιον νὰ συγκεντρῶνῃ, μόνος οὗτος, τὸ 1/3 ὄλων τῶν νεοπλασμάτων. Ἡ συχνότης τοῦ καρκίνου τοῦ στομάχου εἶναι ἴση μετ' ἃς τὸ ἄθροισμα τοῦ καρκίνου τοῦ οἰσοφάγου, τοῦ λεπτοῦ, τοῦ παχέος ἐντέρου καὶ τοῦ ὀρθοῦ.

Ἡμεῖς ἐν τῷ Ἀντικαρκινικῷ Ἰνστιτούτῳ, ἐπὶ 299 καρκίνων ἐδραζομένων εἰς διαφόρους μοίρας τοῦ πεπτικοῦ συστήματος, ἔσχομεν τὰς ἐξῆς ἐντοπίσεις : (1)

— Οἰσοφάγος	20	περιπτώσεις (6,6%).
— Στόμαχος	99	» (33%).
— Παχὺ ἔντερον (πλὴν ὀρθοῦ)	19	» (6,3%).
— Ὅρθον	114	» (38%).
— Ἡπαρ	47	» (14,6%).

Εἰς τὸν ἄνδρα εἶναι πεντάκις συχνότερος ἀπὸ τὸν καρκίνον τοῦ προστάτου, ἐνῶ εἰς τὴν γυναῖκα ἐλάχιστα ὑπολείπεται ἀπὸ τὸ ἄθροισμα καρκίνου τοῦ μαστοῦ καὶ μήτρας.

Σαφῆ ἰδέαν τῆς συχνότητός του μᾶς δίδουν ὠρισμένοι στατιστικά. Οὕτως εἰς τὰς Ἡν. Πολιτείας τῆς Ἀμερικῆς ἔρχεται δεύτερος μετὰ τὰ καρδιακὰ νοσήματα. Κατὰ μίαν παλαιότεραν στατιστικὴν προκαλεῖ ἐτησίως 40.000 θανάτους, ἐνῶ κατὰ μίαν πλέον πρόσφατον ὁ ἀριθμὸς οὗτος διπλασιάζεται, φθάνων τοιοῦτοτρόπως τὰ 45% τοῦ ὅλικοῦ ἀριθμοῦ θανάτων ἐξ ὄλων τῶν καρκίνων. Ἀλλὰ ὁ ἀριθμὸς οὗτος βαίνει ὀλοὲν αὐξανόμενος. Κατὰ μίαν στατιστικὴν τῶν Μαινον καὶ Palmer τὸ 1938 οἱ θάνατοι ἐκ καρκίνου ἀνήρχοντο εἰς 150.000, τὸ δὲ 1946 ἠῤῥήθησαν εἰς 158.000. Ἐν Ἀγγλίᾳ σημειοῦνται 13.000 θάνατοι ἐτησίως, εἰς δὲ τὴν Γαλλίαν περὶ τοὺς 20.000.

Εἰς τὸ δελτίον τοῦ Ἐθνικοῦ Ἰνστιτούτου Ὑγιεινῆς τῆς Γαλλίας ἐξετάζεται ἡ ἐξέλιξις τοῦ καρκίνου γενικῶς εἰς διαφόρους χώρας ἀπὸ τοῦ 1921 μέχρι τοῦ 1950. Ἐκ τῆς συγκριτικῆς ταύτης μελέτης προκύπτουν τὰ ἐξῆς:

α) Δέον νὰ σημειωθῇ ἡ παράλληλος αὐξήσις τοῦ ποσοστοῦ θνησιμότητος ἐκ καρκίνου εἰς διαφόρους χώρας ἀπὸ πολλῶν ἐτῶν π.χ. ἐν Γαλλίᾳ τὸ 1921 ἐπὶ 100.000 θανάτων οἱ 88 ὠφείλοντο εἰς καρκίνον, ἐνῶ τὸ 1949 ὁ ἀριθμὸς οὗτος ἀνῆλθεν εἰς 152.

β) Παρατηρεῖται σαφῆς αὐξήσις τοῦ ποσοστοῦ θνησιμότητος ἐκ καρκίνου εἰς τὸν ἄνδρα ἐν σχέσει μὲ τὴν γυναῖκα. Τοῦτο ὀφείλεται ἴσως εἰς τὴν πιθανὴν αὐξήσιν ὠρισμένων ἐπαγγελματικῶν καρκίνων

(1) Ἡ δυσαναλογία μετὰξὺ καρκίνων τοῦ στομάχου καὶ τοῦ ὀρθοῦ εἶναι μᾶλλον φαινομενικὴ καὶ τοῦτο, διότι μᾶς ἀποστέλλονται πρὸς ὀρθοσκόπησιν ὑπὸ πολλῶν συναδέλφων ἄρρωστοι παραπονούμενοι ἔστω καὶ δι' ἐλάχιστα ἐνοχλήματα ἐκ τοῦ ὀρθοῦ. Ἐξ ἄλλου χάρις εἰς τὴν ἐνδοσκοπικὴν ταύτην μέθοδον ἡ διάγνωσις τοῦ καρκίνου τοῦ ὀρθοῦ εἶναι εὐκολωτέρα καὶ πρωτίτωτέρα τῆς τοῦ καρκίνου τοῦ στομάχου.

καί εἰς τὴν βελτίωσιν τῶν διαγνωστικῶν μέσων τοῦ καρκίνου εἰς τὸν ἄνδρα, πλέον ἐπιρρεπῆ εἰς τοὺς καρκίνους τῶν ἐσωτερικῶν ὀργάνων.

Πόσον ἐπείγει τὸ πρόβλημα τῆς ἐγκαίρου διαγνώσεως καὶ ποῖον εἶναι τὸ μέγεθος τῆς καταστροφῆς, τὴν ὁποίαν προκαλεῖ ὁ καρκίνος τοῦ στομάχου, ὑπογραμμίζουν αἱ κάτωθι διαπιστώσεις.

Ἐπελογίσθη ὅτι οἱ πόλεμοι 15 ἐτῶν—μὴ συμπεριλαμβανομένου τοῦ τελευταίου—τοὺς ὁποίους διεξήγαγον οἱ Ἀμερικανοὶ ἔστοίχισαν 244.357 νεκροὺς, ἐνῶ κατὰ τὸ αὐτὸ χρονικὸν διάστημα τὰ ὀδικὰ ἀτυχήματα προὐκάλεσαν 441.912 θανάτους, ὁ δὲ καρκίνος τοῦ στομάχου εὐθύνεται διὰ 600.000 θανάτους.

Εἰς τὴν ἐκατόμβην ταύτην ποῖα εἶναι τὰ μέσα ἀμύνης τὰ ὁποῖα διασέτομεν; Ποῖα εἶναι ἡ πρόγνωσις; Μέχρι πρὸ ὀλίγων ἐτῶν τὰ μέσα ἦσαν ἐλάχιστα, ἀλλὰ καὶ σήμερον ἀκόμη ἡ πρόγνωσις κάθε ἄλλο παρά εὐχάριστος εἶναι. Εἰς τὴν Mayo Clinic εἰς διάστημα 32 ἐτῶν ἐξετάσθησαν 11.000 περιπτώσεις καρκίνου τοῦ στομάχου. Ἐκ τούτων ἐπέζησαν ἐπὶ μίαν 5ετίαν μόνον 6,2%. Ἀλλὰ καὶ ἐκ τῶν 15.000 περιπτώσεων τὰς ὁποίας ἐμελέτησαν οἱ Pack καὶ Livingstone τὰ προκύπτοντα θλιβερὰ συμπεράσματα εἶναι τὰ ἑξῆς:

Ἐπὶ 100 διαγιγνωσκομένων καρκίνων τοῦ στομάχου οἱ 50 οὐδεμίαν ἀπολύτως ἐπιδέχονται ἐπέμβασιν. Ἐκ τῶν ὑπολοίπων 50, εἰς τοὺς 25 ἐκτελεῖται ἀπλή παρηγορητικὴ ἐρευνητικὴ ἐπέμβασις καὶ οὗτοι ἀποθνήσκουν μετὰ πάροδον 1-4 μηνῶν, ὅπως ἐξ ἄλλου καὶ οἱ 50 πρῶτοι. Εἰς τοὺς τελευταίους 25 ἐκτελεῖται γαστρεκτομή, κατόπιν τῆς ὁποίας ἀποθνήσκουν οἱ 5. Ὑπολείπονται 20, ἐκ τῶν ὁποίων οἱ 13 ἀποθνήσκουν ἐντὸς τῶν πρῶτων 3 ἐτῶν, οἱ ἄλλοι 2 ἐπιζοῦν 3 ἔτη καὶ οἱ ὑπόλοιποι 5 ἐπὶ μίαν 5ετίαν, ἐξ ὧν δὲ αὐτῶν καὶ τῶν 100 ἀρρώστων, οἱ 4 μόνον ζοῦν ἐπὶ μίαν 10ετίαν. Δηλαδή, τὰ 75% τῶν ὄγκων αὐτῶν οὐδεμίαν ἐπιδέχονται ριζικὴν χειρουργικὴν ἐπέμβασιν. Ἐπὶ 100 ἀρρώστων, οἵτινες ἐπέζησαν τῆς ἐγχειρήσεως, τὰ 33% ἐπιζοῦν 3 ἀκόμη ἔτη, τὰ 25% ἐπιζοῦν 5 ἔτη, ἐπὶ 10 δὲ ἔτη μόνον τὸ 20%, δηλαδή ἐξ ὧν τῶν διαγνωσθέντων καρκίνων ἐπιζῆ μόνον τὸ 4%.

Τὰ τελευταῖα ὅμως ἔτη αἱ στατιστικαὶ αὐταὶ ἔχουν βελτιωθῆ σημαντικῶς, οἱ αὐτοὶ δὲ συγγραφεῖς ἀναφέρουν, ὅτι ἐξ 100 ἐγκαιρῶς χειρουργηθέντων καρκίνων τοῦ στομάχου οἱ 63 ἐπέζων ἐπὶ 5ετίαν, 55 δὲ μετὰ 10ετίαν. Σημειωτέον ὅμως ὅτι τὸ ποσοστὸν αὐτὸ ἐπιβιώσεως ἐπετεύχθη εἰς ἀρρώστους ἐπιδεχομένους ριζικὴν χειρουργικὴν ἐπέμβασιν, τὸ σύνολον τῶν ὁποίων ἀντιπροσωπεύει τὰ 20% μόνον τοῦ ὅλου ἀριθμοῦ τῶν διαγνωσθέντων καρκίνων τοῦ στομάχου. Χάρης ἐπίσης εἰς τὰ σημερινὰ μέσα ναρκώσεως καὶ χάρις

εις την όλικην γαστρεκτομήν, ήτις εκτελείται εις τας περιπτώσεις αυτάς, ή πρόγνωσις έβελτιώθη έτι περισσότερον.

Είναι όμως εύνόητον, ότι ή βελτίωσις τής προγνώσεως εξαρτάται άπολύτως άπό την βελτίωσιν τών μέσων διαγνώσεως, εξαρτάται έπομένως άπό την έγκαιρον διάγνωσιν, ούτως ώστε ή μόνη ένδεικνυομένη γαστρεκτομή νά έπιτυγχάνεται και νά εκτεληται εις τοιοϋτον στάδιον, ώστε ό όγκος νά μη έχη έπεκταθῆ, νά μη έχη δώση μεταστάσεις. Το πρόβλημα τής πρώιμου διαγνώσεως του καρκίνου του στομάχου άνήκει άποκλειστικώς εις την Παθολογίαν και ούχι εις την Χειρουργικήν. Έξαρτάται έπομένως άπό την εκπαίδευσιν όλων τών Ιατρών.

Είναι γεγονός άναμφισβήτητον, ότι οι περισσότεροι εκ τών καρκινοπαθών δέν προσέρχονται πρός εξέτασιν παρά τότε μόνον, όταν ό όγκος των δέν επιδέχεται πλέον ουδεμίαν χειρουργικήν επέμβασιν. Άποτέλεσμα τής καταστάσεως ταύτης είναι οι θλιβεροί αριθμοί τους όποιους άνεφέραμεν προηγουμένως.

Ποια όμως είναι τά αίτια εκείνα, τά όποια έμποδίζουν την έγκαιρον προσέλευσιν τών άρρώστων πρός εξέτασιν, και την εκ ταύτης έξαρτωμένην πρώιμον διάγνωσιν του καρκίνου του στομάχου;

Ός θα ίδωμεν, ό τρόπος εισβολής ενός καρκίνου του στομάχου ποικίλλει. Ο Gutmann έπιμένει ιδιαιτέρως επί του γεγονότος, ότι τά «άρχικά» στάδια τής εξέλιξεως τής νόσου δυνατόν νά παρατείνωνται επί μακρόν χρονικόν διάστημα δύο, τριών ή και περισσοτέρων έτών. Διαγιγνωσκόμενοι οι καρκίνοι αυτοί και μετά την πάροδον του χρονικού αυτού διαστήματος όχι μόνον επιδέχονται χειρουργικήν επέμβασιν, αλλά «άνατομικώς» θεωροϋνται ως καρκίνοι έν τῆ αρχῆ των. Οι περισσότεροι όμως τούτων επί μήνας, επί έτη δέν διαγιγνώσκονται.

Δύο διαφορετικαί θεωρίαί, άμφότεραι Γαλλικαί, ύποστηρίζονται όσον άφορᾷ την εξέλιξιν του καρκίνου του στομάχου. Και πρώτον ό Gutmann μετά τών μαθητών του, και ίδίως του Guy Albot, ύποστηρίζει ότι ό καρκίνος του στομάχου γενικώς διατρέχει δύο φάσεις εξέλιξεως :

α) Έπί μήνας, επί έτη, ή άρχική εξέλιξις είναι β ρ α δ υ τ ά τ η, είναι μία λίαν μικρά έντετοπισμένη άλλοίωσις προκαλοϋσα ως επί τό πλείστον άβληγρά ή άτυπα συμπτώματα, ουδόλως όμοιάζοντα μετά του κλασσικού καρκίνου. Έάν κατά τό στάδιον αυτό άποδοθῆ σημασία εις τά συμπτώματα ταϋτα, εάν άκτινογραφηθῆ ό άρρώστος, εάν αι άκτινογραφαί είναι τεχνικώς τέλειαι και εάν ό Ιατρός γνω-

ρίξη νά τās ἐρμηνεύσῃ, τότε ἡ διάγνωσις θά τεθῆ ἐγκαίρως, πρωτῶς, καί ἡ γαστρεκτομή θά σώσῃ τὸν ἄρρωστον.

Ἰστολογικῶς εἰς τὸ στάσιον αὐτὸ ὁ καρκίνος περιορίζεται μόνον εἰς τὸν βλεννογόνον, ἡ δὲ «ἀνατομικὴ» αὕτη φάσις, ὡς εἶδομεν, δύναται νά παραταθῆ ἐπὶ ἔτη.

β) Ἐάν δι' οἰονδήποτε λόγον ἡ ὡς ἄνω ἀρχικὴ φάσις δέν γίνῃ ἀντιληπτὴ, ὁ καρκίνος ἐξελίσσεται ὑπόυλως καί ἀτύπως μέχρι τῆς δευτέρας φάσεως. Τότε αἱ ἀλλοιώσεις ἐπεκτείνονται τ ο χ ὑ τ α τ α, ὡς νά ἐδέχθησαν πραγματικὸν μαστίγωμα, αἱ κλινικαὶ ἐκδηλώσεις εἶναι πλέον σαφεῖς, ἡ προσβολὴ τῆς γενικῆς καταστάσεως ἐκδηλος, τὰ ἀκτινολογικὰ σημεῖα προσλαμβάνουν τὴν κλασσικὴν καί εἰς ὄλους γνωστὴν εἰκόνα. Εἰς τὸ στάδιον αὐτὸ τίθεται συνήθως καί ἡ διάγνωσις, κλινικῶς μὲν χάρις εἰς τὴν κλασσικὴν «ἀχυρόχρουν» ὄψιν τοῦ ἄρρώστου καί τὸν παρά τὸ ἐπιγάστριον ψηλαφητὸν ὄγκον, ἀκτινολογικῶς δὲ χάρις εἰς τὰς μεγάλας καί ἀνωμάλους φωλεάς ἢ τὰς τεραστίας εἰκόνας ὑπὸ μορφήν ἐλλείψεως. Τότε συνήθως καί ὁ ἄρρωστός μας ἀποφασίζει ν' ἀποθάνῃ.

Δυστυχῶς ὅμως ὅλοι οἱ καρκίνοι δέν ἔχουν κλινικὰς ἐκδηλώσεις ἔστω καί ἀβληγράς. Ὑπάρχουν αἱ λανθάνουσαι μορφαί, περὶ τῶν ὁποίων θά ὁμιλήσωμεν εὐθύς ἀμέσως, κατὰ τὰς ὁποίας ἡ ἐξέλιξις εἶναι τελείως σιωπηρὰ καί ἡ πρώτη κλινικὴ ἐκδήλωσις ἐρμηνεύει τὴν ὑπαρξιν ἀνεγχειρήτου πλέον καρκίνου, διὰ τὸν ὁποῖον οὐδεὶς εὐθύνεται.

Διὰ τὰς περιπτώσεις ἀκριβῶς αὐτάς, τὰς λανθανούσας, ἔχει προταθῆ ἡ π ρ ο λ η π τ ι κ ῆ ἐξέτασις ὄλων τῶν ἀτέμων, ἀκόμη καί ἐκείνων τὰ ὁποῖα δέν παρουσιάζουν κανέν ἀπολύτως ἐνόχλημα. Τοῦτο ἀπεδείχθη πρακτικῶς καί ἀκατόρθωτον καί ἄσκοπον. Ὁ Guimann ὑπελόγησεν, ὅτι ἵνα ἐξετασθοῦν ὅλοι οἱ κάτοικοι τῆς πόλεως τῶν Παρισίων θά πρέπη νά σχηματισθῆ μία ὁμάς ἀπὸ 100 εἰδικούς ἰατρούς, οἱ ὁποῖοι νά ἐργάζωνται 12 ὥρας ἡμερησίως ἐπὶ 4 συνεχῆ ἔτη, ὁπότε θά πρέπη νά ἐπαναληφθῆ ἡ ἐξέτασις ὄλων αὐτῶν τῶν ἀτόμων, δεδομένου ὅτι κατὰ τὸ τετραετές αὐτὸ διάστημα δύναται ἔν οἰονδήποτε ἄτομον ν' ἀναπτύξῃ ἕνα καρκίνον, τὸν ὁποῖον δέν εἶχε κατὰ τὴν πρώτην ἐξέτασιν. Ἀλλὰ καί ἂν τοῦτο ἦτο κατορθωτόν, ὁ οἰκονομικὸς παράγων θά παρημπόδιζε μίαν τοιαύτην προσπάθειαν.

Μολσταῦτα ἐπεχειρήθη ἡ ὁμαδικὴ αὕτη ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις μὲ τὰ ἐξῆς ἀποτελέσματα: Ἐν Γαλλίᾳ, ὁ Albot, εἰς ἰατρεῖον γενικῆς παθολογίας, ἐξήτασεν ἀκτινολογικῶς 17.571 ἄτομα, μὲ ἀποτέλεσμα τὴν ἀνακάλυψιν ἐνὸς καί μόνου ἀγνωσμένου καρκίνου. Εἰς

ειδικόν Ιατρείον γαστρεντερολογίας επί 1473 εξετάσεων άνεκαλύφθησαν 7 άγνοούμενοι καρκίνοι. Έν Άμερικῇ, επί 2413 εξετάσεων άτόμων έχόντων ύπερβῆ τὸ 50ὸν ἔτος τῆς ἡλικίας των άνεκαλύφθησαν δύο άγνοούμενοι καρκίνοι τοῦ στομάχου καί ἓν λεμφοσάρκωμα, δηλαδή ποσοστὸν 1.24%. Ἐπί 500 φυσιολογικῶν άτόμων έχόντων ύπερβῆ τὸ 40ὸν ἔτος τῆς ἡλικίας άνευρέθη ἓνα καλόηθες ἔλκος, μία περίπτωσις πολύποδος τοῦ στομάχου καί μία πυλωρίτις. Ἐπί 464 άρρώστων έχόντων ύπερβῆ τὸ 50ὸν ἔτος, άνευ ένοχλημάτων αλλά με Ισταμινοάντοχον άχλωρυδριαν, ὁ Wangensteen άνεκάλυψε 15 άρρώστους με πολύποδας τοῦ στομάχου καί 3 περιπτώσεις καρκίνου, ἐκ τῶν ὁποίων ἡ μία μόνον ἦτο ἐπιδεκτικῆ ἐγχειρήσεως. Ὑπὸ τοὺς αὐτοὺς ὄρους ὁ State επί 1111 εξετάσεων άνεῦρεν 7 καρκίνους καί 25 περιπτώσεις πολυποδιάσεως τοῦ στομάχου. Κατόπιν τῶν άνωτέρω καθίσταται εὐνόητον, ὅτι ἡ ὁμαδικῆ άκτινολογικῆ εξέτασις ἐλάχιστας ὑπηρεσίας προσφέρει διὰ τὴν πρῶτον διάγνωσιν τοῦ καρκίνου τοῦ στομάχου.

Τὴν ἄνω θεωρίαν τῶν μονιστῶν ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἐξέλιξιν τοῦ καρκίνου τοῦ στομάχου ἀντικρούουν οἱ δυῖσται, με ἐπικεφαλῆς τὸν Γάλλον Lambling. Εἰς τὸν καρκίνον ἐν τῇ ἀρχῇ, *in situ* τοῦ Guimann, ὑποστηρίζουν ὅτι ἀντιτίθεται ἓνας ἄλλος καρκίνος τοῦ στομάχου, ὁ «συνήθης».

Ὁ συνήθης καρκίνος περιλαμβάνει, κατὰ τὸν Lambling, τὰ 4/5 ὄλων τῶν καρκίνων τοῦ στομάχου. Χαρακτηρίζεται ἀπὸ ἄτυπον γαστρικὸν σύνδρομον ἐλάχιστα ἢ οὐδὲν ἐπώδυνον, ἐξελλίσσεται ταχύτατα καί εἰς χρονικὸν διάστημα μικρότερον τοῦ ἔτους, με ἀνατομικὴν ἔκφρασιν τὰς ἐκβλαστητικὰς ἢ διηθητικὰς ἀλλοιώσεις.

Ὁ εἰδικὸς καρκίνος περιλαμβάνει τὰ 4/5 τῶν περιπτώσεων, εἶναι σχεδὸν πάντοτε ἐπώδυνος καί βραδείας συνήθως ἐξελίξεως, ἀντιστοιχεῖ δὲ ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον εἰς τὰς ἐλκώδεις μορφάς. Κατὰ τὴν θεωρίαν ταύτην μόνον ἡ μορφή αὕτη δύναται νὰ διαγνωσθῇ ἐγκαίρως.

Ὁ Guimann δὲν παραδέχεται τὴν ὕπαρξιν τῶν ὡς ἄνω δύο διαφορετικῶν μορφῶν καρκίνου τοῦ στομάχου καί πρὸς ἀπόδειξιν τούτου ἀναφέρει χαρακτηριστικὰς περιπτώσεις με μακρὰν ἐξέλιξιν μέχρι καί 12 ἔτων. Ἐπανεξετάζων 87 περιπτώσεις καρκίνου τοῦ στομάχου διαφόρων σταδίων ἐξελίξεως, οἱ ὁποῖοι ἐχειρουργήθησαν, προβαίνει εἰς τὰς ἐξῆς διαπιστώσεις:

— Ἐπὶ τῶν 87 αὐτῶν περιπτώσεων αἱ 30 διεγνώσθησαν ἐγκαίρως, αἱ δὲ 41 ἔπρεπε νὰ εἶχον διαγνωσθῇ ἐγκαίρως.

— Ἐπὶ 57 ἐκτεταμένων ἢ άνεγχειρήτων καρκίνων, τοὺς ὁποίους

άποκαλοῦν «συνήθεις καρκίνους» ὡς ταχύτατα ἐξελισσομένους, οἱ 41 (70%) ἐξελλίσσοντο ἀπὸ ἔτους καὶ πλέον, οἱ 27 ἀπὸ δύο ἐτῶν καὶ πλέον καὶ οἱ 15 ἀπὸ 4 καὶ πλέον ἐτῶν (26%). Ἐνῶ ἐπὶ 30 περιπτώσεων πρῶτῶς διαγνωσθεισῶν, αἱ 23 (70%) ἐξελλίσσοντο ἀπὸ 4 καὶ πλέον ἐτῶν (26% ἐφ' ὄλων τῶν περιπτώσεων).

Ἀπὸ παθολογοανατομικῆς ἀπόψεως οἱ πλεῖστοι τῶν καρκίνων τούτων ἀνήκον εἰς τὴν ἐλκώδη μορφήν, ἐνῶ οἱ καρκίνοι οἱ διαγνωσθέντες εἰς τὸ ὄλως ἀρχικόν των στάδιον ἐξελλίξεως ἀνήκον εἰς τὰς διηθητικὰς μορφάς. Τέλος αἱ ἐκβλαστητικαὶ μορφαὶ ἦσαν ἐλάχιστα, οὐδεμία δὲ τοιαύτη παρατηρήθη εἰς τοὺς ἐγκαίρως διαγνωσθέντας. Αἱ παρατηρηθεῖσαι ἐκβλαστητικαὶ μορφαὶ ἀφεώρων καρκίνους προκεχωρημένου σταδίου, οὕτως ὥστε δυνάμεθα νὰ εἴπωμεν, ὅτι ἡ ἀνατομικὴ αὐτὴ μορφή εἶναι ἀποτέλεσμα προκεχωρημένου καρκίνου καὶ ἀναπτύσσεται ἐπὶ τῆς ἐλκώδους μορφῆς.

*
*
*

Πρὸ τοῦ μεγάλου ἀριθμοῦ ἀνεγχειρήτων καρκίνων, τοὺς ὁποίους καθημερινῶς ἀπαντῶμεν, διερωτᾶται τις, διατί οὗτοι δὲν διαγιγνώσκονται ἐγκαίρως. Μεταξὺ τῶν κυριωτέρων λόγων καὶ ὑπευθύνων παραγόντων διὰ τὴν ὥς ἄνω κατάστασιν δύνανται ν' ἀναφερθοῦν οἱ ἑξῆς :

α) Ὁ καρκίνος : Μελετῶντες τὴν κλινικὴν εἰκόνα τοῦ καρκίνου τοῦ στομάχου θὰ ἴδωμεν, ὅτι ὑπάρχουν πράγματι «λανθάνοντες» καρκίνοι ἐπὶ μακρὸν ἐξελισσόμενοι, ἄνευ οὐδεμιᾶς κλινικῆς ἐκδηλώσεως. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς ἡ πρώτη κλινικὴ ἐκδήλωσις ἐρμηνεύει ἕνα ἤδη ἀνεγχειρήτον καρκίνον, διὰ τὸν ὁποῖον οὐδεὶς εὐθύνεται ἀπὸ διαγνωστικῆς ἀπόψεως.

β) Ὁ ἄρρωστος : Ἀρκετὰ συχνὰ αὐτὸς οὗτος ὁ ἄρρωστος εὐθύνεται διὰ τὴν μὴ ἐγκαίρως διάγνωσιν. Ἐπὶ ἑβδομάδας, ἐπὶ μῆνας, ἐνίοτε καὶ ἐπὶ ἔτη, ὅπως ἔχομεν ἀρκετὰ συχνὰ διαπιστώσει, ἂν καὶ ὑποφέρει, δὲν προσέρχεται πρὸς ἐξέτασιν. Πλεῖστοι ὅσοι καρκινοπαθεῖς ἀναφέρουν εἰς τὸ ἱστορικόν των συνεχεῖς ἢ περιοδικούς πόνους ἀπὸ διέτας καὶ πλέον, ἐνῶ ἄλλοι ἦσαν ἀνόρεκτοι, παρουσιαζον ἀπώλειαν βάρους καὶ μολαταῦτα δὲν ἀνησύχησαν, δὲν προσῆλθον πρὸς ἐξέτασιν. Σπανιώτερον εἰς ἐλάχιστους ἐξ αὐτῶν ἐτέθη ἡ διάγνωσις τοῦ καρκίνου, συνεστήθη ἡ χειρουργικὴ ἐπέμβασις, τὴν ὁποίαν ὁμως ἠρνήθησαν εἴτε ἐκ φόβου εἴτε διότι ἄλλοι ἀπέρριψαν τὴν διάγνωσιν ταύτην.

γ) Ὁ ἰατρός : Τὸ κύριον σφάλμα τούτου συνίσταται εἰς τὸ

ὅτι, παρά τὰ γαστρικά ἐνοχλήματα τοῦ ἄρρωστου, δὲν ἀπέδωσε σημασίαν εἰς ταῦτα καὶ δὲν συνέστησε τὴν λήψιν ἀκτινογραφιῶν ἢ ἠρκέσθη εἰς μίαν ἀπλὴν ἀκτινοσκόπησιν. Ἐπὶ μῆνας, ἐπὶ ἔτη, οἱ ἄρρωστοὶ οὗτοι νοσηλεύονται ὡς πάσχοντες ἐκ γαστρίτιδος, ἐξ ὑπερχλωρυδρίας, ἐκ «νευρώσεως» τοῦ στομάχου, ὡς ἔχοντες «πτῶσιν» καὶ χορηγοῦνται εἰς αὐτοὺς αἱ ἀνάλογοι κόνεις, ἀντισπασμωδικά, ζῶναι κ.λ.π. Ἄλλὰ καὶ ἂν γίνουσι ἀκτινογραφίαι, συνήθως αὗται παρερμηνεύονται ἢ ὁ καρκίνος ἐκλαμβάνεται ὡς ἔλκος, ὁ ἄρρωστος ὑποβάλλεται εἰς μίαν θεραπείαν, ἐπακολουθεῖ βελτίωσις καὶ δὲν γίνεται πλέον ἄλλος ἀκτινολογικὸς ἔλεγχος. Θὰ ἴδωμεν ὅμως, ὅτι, ὅσον ἀφορᾷ τὸν καρκίνον τοῦ στομάχου, οὔτε ἡ ἐξαφάνισις τῶν ἐνοχλημάτων οὔτε ἡ βελτίωσις τῆς γενικῆς καταστάσεως ἐνέχουν οἰανδήποτε διαγνωστικὴν ἢ προγνωστικὴν ἀξίαν. Μόνον ἡ ἐξαφάνισις καὶ τῶν ἀκτινολογικῶν σημείων θὰ μᾶς καθησυχάσῃ.

δ) Ὁ ἀκτινολόγος: Ἡ εὐθύνη τούτου εἶναι ἀνυπολόγιστος, δεδομένου ὅτι οἱ πλεῖστοι τῶν ἰατρῶν, μὴ δυνάμενοι νὰ ἐρμηνεύσουν τὰς ἀκτινογραφίας, θὰ βασισθοῦν ἀποκλειστικῶς καὶ μόνον ἐπὶ τῆς ἀκτινολογικῆς ἐκθέσεως. Ὁ Guimara παρατηρεῖ, ὅτι εἰς τὰς ἡμισείας τῶν προαναφερθεισῶν περιπτώσεων, ἂν καὶ εἰς τὰς ἀκτινογραφίας ἡ βλάβη ἦτο σαφής, μολαταῦτα ὁ ὑπάρχων καρκίνος δὲν διεγνώσθη ἀπὸ τοὺς ἀκτινολόγους. Ἄλλὰ καὶ ἡμεῖς καθημερινῶς παρατηροῦμεν ἀρνητικὰς ἀκτινοσκοπικὰς ἐκθέσεις παρά τὰς θετικὰς ἀκτινογραφίας. Ἡ ἀτελής ἀκτινογράφησις ἢ ὁ περιορισμὸς εἰς μόνον τὸν βολβὸν εἶναι ἐπίσης συχνότατον αἷτιον τῆς μὴ διαπιστώσεως ὑπάρχοντος καρκίνου τοῦ στομάχου. Φυσικὰ εἰς τὰς περιπτώσεις ἀρχομένου καρκίνου μόνη ἡ ἀκτινοσκόπησις οὐδεμίαν διαγνωστικὴν ἀξίαν ἔχει.

ε) Ἡ γαστροσκόπησις: Ἡ ὄχι καὶ τόσον νέα διαγνωστικὴ αὕτη μέθοδος, τὴν ὁποίαν ὅμως τόσον πολὺ διαφημίζουν προσφάτως, ἰδίως εἰς τὴν Βόρειον καὶ Νότιον Ἀμερικὴν, δὲν νομίζομεν ὅτι δύναται νὰ παραβληθῇ ἢ ν' ἀντικαταστήσῃ τὴν ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν. Γαστροσκοπικῶς δυνατόν νὰ μὴ διαπιστωθοῦν ὑπάρχουσαι βλάβαι ἢ νὰ ἐκληφθοῦν ὡς τοιαῦται μὴ ὑπάρχουσαι. Εἶναι ἐπίσης ἀδύνατον γαστροσκοπικῶς νὰ ἐρευνηθοῦν ὠρισμένα μοῖραι τοῦ στομάχου. Ἡ παρατήρησις ἐξ ἄλλου βλάβης τινὸς μέσφ τοῦ γαστροσκοπίου δὲν εἶναι εἰς θέσιν νὰ διακρίνῃ μίαν καλοήθη ἀπὸ μίαν κακοήθη τοιαύτην. Μέχρι σήμερον τοῦλάχιστον εἶναι ἐξαιρετικῶς σπάνιον τὸ φαινόμενον τῆς μὴ διαπιστώσεως ἑνὸς καρκίνου ἀκτινολογικῶς καὶ τῆς διαπιστώσεως τούτου γαστροσκοπικῶς. Εἰς

ώρισμένες περιπτώσεις ή γαστροσκόπησις θά προσφέρη πιθανώτατα πολυτίμους ύπηρεσίας, όταν έπιτευχθῆ ή άκίνδυνος βιοψία. 'Αλλά και πάλιν νομίζομεν, ότι μόνον ή άκτινολογική εξέτασις είναι εις θέσιν νά παρακολουθήσῃ τήν εξέλιξιν μιᾶς ύπόπτου βλάβης και ιδίως τήν επίδρασιν τῆς θεραπευτικῆς δοκιμασίας.

στ) Ὁ χειρουργός: Ἡ εὐθύνη του είναι σχετική και περιορίζεται εις τό ότι δέν συνεχίζει τήν χειρουργικήν επέμβασιν, εἴτε διότι έξωτερικῶς δέν ψηλαφᾷ τι τό ύποπτον, εἴτε διότι διστάζει νά προβῆ εις τήν γαστρεκτομήν λόγω τοῦ μικροῦ μεγέθους τῆς βλάβης ἢ τῆς καλοήθους μακροσκοπικῶς ὄψεως αὐτῆς. Ἡ στάσις αὕτη τοῦ χειρουργοῦ έξαρτᾶται φυσικά και κυρίως από τήν έμπιστοσύνην* ἣν έχει οὗτος πρὸς τόν θέσαντα προεγχειρητικῶς τήν διάγνωσιν.

Περιληπτικῶς έπομένως δυνάμεθα νά εἴπωμεν, ότι κάθε ένόκλημα έκ τοῦ στομάχου δέον νά θεωρηται ὡς ύποπτον. Ὁ Ιατρός θα άπαιτήσῃ τήν έκτέλεσιν τεχνικῶς άρτίων άκτινογραφίων, δέν θα περιορισθῆ εις μίαν άπλήν άκτινολογικήν και θα πρέπη φυσικά νά ἔχη εκπαιδευθῆ εις τήν έρμηνείαν τῶν άκτινογραφίων αὐτῶν, οὕτως ὥστε νά δύναται νά διαγνώσῃ ένα άρχόμενον καρκίνον.

* *

Ἱστορικόν: Ὁ καρκίνος γενικῶς είναι γνωστός από τῶν αρχαιοτάτων χρόνων, κατά δέ τόν Καθηγητήν και Ἐκπαιδευτικόν κ. Ἄρ. Κούζην, πιθανῶς νά ὑπῆρχεν εις τά ζῶα και πρὸ τῆς ἐπί τῆς γῆς έμφανίσεως τοῦ ανθρώπου, δεδομένου ότι εύρέθη άπολίθωμα έρπετοῦ μέ στοιχεῖα ὄγκου. Δύο χιλιάδας έτη π.Χ. οἱ άρχαῖοι Μεσοποτόμιοι, οἱ Αἰγύπτιοι, σαφῶς άναφέρουν τοὺς κακοήθεις ὄγκους τοὺς και μετὰ τήν έξαίρεσιν ύποτροπιάζοντας.

Πραγματική ὁμως και ὑπὸ πᾶσαν ἄποψιν έπιστημονική έρευνα τοῦ καρκίνου έγένετο κυρίως από τοὺς άρχαίους Ἑλληνας. Ὑπάρχουν έξαιρετικά κλινικά μακροσκοπικά παθολογοανατομικά περιγραφαί. Ὁ Ἱπποκράτης χρησιμοποιεῖ τόν ὄρον «καρκίνωμα», τό διακρίνει εις έπιπολής και κατά βάθος, τό θεωρεῖ ὡς νόσον τῶν πρεσβυτέρων, τόν δέ έμφανιζόμενον πρὸ τῆς ἥβης καρκίνον άποκαλεῖ «σύμφυτον» ἢ κληρονομικῶς μεταδιδόμενον.

Καλυτέραν περιγραφῆν τοῦ καρκίνου δίδει ὁ Γαληνός (δευτέρα έκατονταετηρίς μ.Χ.). Γνωρίζει ότι οὗτος προσβάλλει πλείστα μέρη και ὄργανα τοῦ σώματος, τόν διακρίνει εις ἠλκωμένον και άνέλκωτον, τόν διαχωρίζει από τοὺς καλοήθεις ὄγκους, ὡς μοναδικήν δέ θερα-

πείαν συνιστά την χειρουργικήν εξαίρεσιν τοῦ ὄλου ὄγκου μετὰ τῶν ριζῶν του.

Οἱ ἀρχαῖοι Ἕλληνες ἰατροὶ ἐγνώριζον ἐπίσης καὶ τὰς μεταστάσεις, ἃς ἐκάλουν «συμπάθειαν», ὡς καὶ τὴν ὑποτροπὴν, τὴν ὁποίαν ὠνόμαζον «ἀνάμνησιν».

Ἄλλὰ εἰς τὰς καθαρῶς κλινικὰς αὐτὰς παρατηρήσεις τοῦ Ἱπποκράτους, τοῦ Γαληνοῦ καὶ ἀργότερον τοῦ Ambroise Paré, ἠκολούθησε μετὰ 20 αἰῶνας ἡ ἀνατομοκλινικὴ παρατήρησις τῶν Morgagni, Laënnec καὶ ἐν συνεχείᾳ αἱ μικροσκοπικαὶ πλέον παρατηρήσεις τῶν Johannes Müller, τοῦ Virchow, τοῦ Remak. Τελικῶς ἠκολούθησεν ἡ ἐποχὴ τῶν πειραματικῶν ἐρευνῶν τοῦ καρκίνου μετὰ τὴν πληθώραν τῶν πραγματοποιηθεισῶν ἐργασιῶν ὑπὸ διαφόρων ἐρευνητῶν ὄλων τῶν χωρῶν.

Αἱ διάφοροι αὐταὶ ἐργασίαι ἀσχολοῦνται μετὰ διαγνωστικὰς μεθόδους, μετὰ τὴν αἰτιολογίαν, μετὰ τὴν ἱστογένεσιν τοῦ καρκινωματώδους ἱστοῦ, μετὰ τὴν θεραπείαν. Τὸ αἷτιον ὁμοῦς τοῦ καρκίνου παραμένει εἰσέτι ἄγνωστον, διάφοροι δὲ παρατηρήσεις ἐπὶ τοῦ θέματος τούτου σαφῶς ἀλληλοσυγκρούονται. Οἱ μέχρι σήμερον γνωστοὶ κακοήθεις ὄγκοι δὲν ἔχουν τι τὸ κοινὸν παρά ἓν μόνον παθολογοανατομικὸν σημεῖον: ὅτι ἀντιπροσωπεύονται ἀπὸ μίαν ἀνώμαλον ἀνάπτυξιν τῶν ἱστῶν, ἣτις καταλαμβάνει γειτονικὰς ζώνας, ὅτι ἐπεκτείνονται ὑπὸ μορφὴν μεταστάσεων καὶ τέλος ὅτι ὑποτροπιάζουν κατόπιν ἐξαιρέσεως ἢ καταστροφῆς.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Ἐξετάζοντες τὸν καρκίνον τοῦ στομάχου ἀπὸ αἰτιολογικῆς ἀπόψεως θὰ ἐρευνήσωμεν μερικοὺς παράγοντας, τοὺς ὁποίους δυνάμεθα νὰ κατατάξωμεν εἰς α) γενικοὺς, β) τοπικοὺς.

α) **Γενικοὶ παράγοντες:** Εἰς τούτους συμπεριλαμβάνονται ἡ ἡλικία, τὸ φῶλον, τὸ κλίμα, τὸ ἔδαφος, ἡ φυλὴ, ἡ διατροφή, ἡ μεταδοτικότης, ἡ κληρονομικότης κ.λ.π.

Ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἡλικίαν, μέχρι πρὸ ὀλίγων ἐτῶν παρεδέχοντο, ὅτι ἡ νόσος αὕτη προσβάλλει τὰ ἔχοντα ὑπερβῆ τὸ 40ὸν ἔτος τῆς ἡλικίας των ἄτομα μετὰ μέσον ὄρον τὸ 50ὸν ἔτος. Ἡ τελειοποίησις ὁμοῦς τῶν σημερινῶν διαγνωστικῶν μεθόδων ἐπιτρέπει τὴν ἀνακάλυψιν καρκίνων εἰς πολὺ νεώτερα ἄτομα.

Οἰαδήποτε ἡλικία δύναται νὰ προσβληθῇ ἀπὸ καρκίνον. Ἀναφέρονται περιπτώσεις εἰς νήπιον 10 ἡμερῶν, εἰς παιδίον κάτω τῶν 10 ἐτῶν, προσφάτως δὲ εἰς ἔφηβον ἡλικίας 16½ ἐτῶν, ὅστις καὶ ἐχειρουργήθη.

γῆθη. Ὁ Mc Neer συνεκέντρωσε 501 περιπτώσεις καρκίνου τοῦ στομάχου εἰς ἄτομα ἡλικίας κάτω τοῦ 31ου ἔτους, ἐκ τῶν ὁποίων τὸ νεώτερον ἦτο 5 ἔτων. Ἐκ τῆς στατιστικῆς ταύτης ἐμφαίνεται, ὅτι ὁ καρκίνος τοῦ στομάχου εἶναι ἐξαιρετικῶς σπάνιος κατὰ τὴν παιδικὴν ἡλικίαν, ἀλλὰ μετὰ τὸ 15ον ἔτος καὶ διὰ κάθε 5ετῆ περίοδον μέχρις 26 ἕως 30 τὸ ποσοστὸν αὐξάνει ταχύτατα.

Ἐξ ἄλλων στατιστικῶν πληροφοροῦμεθα, ὅτι ἡ συχνότης τῶν κακοήθων ὄγκων δὲν αὐξάνει ἀνάλογα μὲ τὴν πρόοδον τῆς ἡλικίας. Μετὰ τὸ 60ὸν ἔτος ὁ καρκίνος δὲν ὑπερτερεῖ τῶν ἄλλων κοινῶν καὶ συνήθων νόσων τῶν γερόντων.

Ἄλλὰ καὶ ἡ ἐκδήλωσις ἑνὸς καρκίνου φαινομενικῶς πολλάκις ἀφορᾷ τὴν μέσην ἡλικίαν, δεδομένου ὅτι, λόγω τῆς βραδείας ἐξελίξεως ὠρισμένων καρκίνων τοῦ στομάχου, μοιραίως ἡ διάγνωσις τῶν ἐπιβραδύνεται κατὰ πολὺ. Ἄλλοτε πάλιν οὗτος εἰσβάλλει ὑπὸ μορφὴν ἔλκους ἢ καὶ μὲ φαινόμενα γαστρίτιδος καὶ ὡς ἐκ τούτου ἡ διάγνωσις καθυστερεῖται ἐπὶ ἔτη.

Δυνάμεθα ἐπομένως νὰ εἰπώμεν, ὅτι αἱ ἀντιλήψεις ὅσον ἀφορᾷ τὴν σχέσιν ἡλικίας καὶ καρκίνου δεόν νὰ μεταβληθοῦν. Καὶ ἐνῶ ἄλλοτε ἐθεωρεῖτο ὡς κατώτατον ὄριον προσβολῆς ἐκ καρκίνου τὸ 40ὸν ἔτος, σήμερον θὰ πρέπη νὰ θεωρῆται ὡς τοιοῦτον τοῦλάχιστον τὸ 30ὸν. Ἡ ἡλικία ἐπομένως δὲν ἀποτελεῖ διαφορικὸν στοιχεῖον ἐπιτρέπον τὸν ἀποκλεισμόν τῆς διαγνώσεως ἑνὸς καρκίνου τοῦ στομάχου.

Ὅσον ἀφορᾷ τὸ φύλον, ὑπερέχει φαινομενικῶς τὸ ἀνδρικόν, μὲ ἀναλογίαν 2 : 1 περίπου. Ἡ διαφορὰ ὁμως αὕτη ὀφείλεται μᾶλλον εἰς τὸ γεγονός, ὅτι εἰς τὴν γυναῖκα ὑπερέχουν οἱ καρκίνοι μῆτρας καὶ μαστοῦ. Εἰς τὴν προαναφερθεῖσαν ἐργασίαν τοῦ Mc Neer αἱ γυναῖκες ὑπερέχουν κατὰ ποσοστὸν 3%.

Τὰ τελευταῖα ἔτη-εἰς ὅλας τὰς χώρας παρατηρεῖται ἀνησυχητικὴ αὔξησις τοῦ ἀριθμοῦ τῶν καρκίνων φθάνουσα μέχρι καὶ διπλασιασμοῦ. Ἡ ἐξάπλωσις τῆς κοινωνικῆς ταύτης μάστιγος εἶναι πράγματι τελευταίως τόσο σοβαρὰ ὅσον δεικνύουν αἱ διάφοροι στατιστικά; Κατὰ πᾶσαν πιθανότητα ἡ αὔξησις αὕτη εἶναι ἐν πολλοῖς φαινομενικὴ. Ἐν πρώτοις χάρις εἰς τὴν τελειοποίησιν τῶν διαφόρων διαγνωστικῶν μέσων, ἰδίως ὅσον ἀφορᾷ τὸν πεπτικὸν σωλῆνα, ἀνακαλύπτονται ὄγκοι, οἵτινες ἄλλοτε διέφευγον τὴν ἐξέτασιν. Ἐπὶ πλεόν ἡ ὑποχρεωτικὴ δῆλωσις τοῦ αἰτίου θανάτου εἰς τὰ ληξιαρχεῖα καὶ ἡ μεγαλύτερα περὶ τούτων εἰλικρίνεια τῶν ἰατρῶν ἠύξησε σημαντικῶς τὸν ἀριθμὸν τῶν καρκίνων. Τὰ διάφορα τέλος ληφθέντα μέτρα προληπτικῆς ὑγιεινῆς εἰς ὅλας τὰς πεπολιτισμένας χώρας, ἢ προφύλαξις ἀπὸ διάφορα νοσήματα τῆς παιδικῆς ἡλικίας, ὁ ἀγὼν κατὰ τῆς

φυματιώσεως κ.λ.π. ηύξησαν αναμφισβητήτως τὸν μέσον ὄρον ζωῆς τοῦ ἀτόμου. Σημειωτέον ὅτι ἡ θνησιμότης ἐκ καρκίνου ηὔξηθη κυρίως εἰς χώρας ὅπως ἡ Δανία, ἡ Ἑλβετία, αἱ Ἕν. Πολιτεῖαι κ.λ.π., ὅπου ἐφαρμόζονται τὰ πλέον προστατευτικά μέτρα διὰ τὴν ὑγείαν τοῦ πληθυσμοῦ των. Καί ὅπως παρατηρεῖ ὁ Γάλλος καθηγητὴς Oberling «ἡ μεγάλη προσπάθεια ἥτις κατεβλήθη παντοῦ, ἵνα αὐξηθῇ ἡ διάρκεια ζωῆς, κατέληξε γενικῶς εἰς τὸ νὰ σώζη τὰ ἄτομα ἀπὸ ποικίλας νόσους, ἵνα τὰ μετατρέψῃ εἰς ὑποψηφίους καρκινοπαθεῖς».

Ἡ ἐπίδρασις τοῦ κλίματος, τοῦ ἐδάφους, τῆς φυλῆς, ἥτις ἄλλοτε ἐθεωρεῖτο ὡς ἐπηρεάζουσα καὶ εὐνοοῦσα τὴν ἀνάπτυξιν τοῦ καρκίνου, οὐδέποτε ἀπεδείχθη. Ἐπιστεύετο ὅτι ὁ καρκίνος ἦτο προνόμιον τῆς λευκῆς φυλῆς καὶ ὅτι ἀνεπτύσσετο κυρίως εἰς χώρας ὑγρᾶς μὲ εὐκρατον κλίμα. Αἱ ἔρευναι ὁμῶς διαφόρων ἐπιστημονικῶν ἀποστολῶν ἀπέδειξαν, ὅτι οἱ κάτοικοι τῆς κεντρικῆς Ἀφρικῆς ὡς καὶ οἱ τῶν Ἰμαλαίων ὁρέων προσβάλλονται ἐξ ἴσου, ἄνευ διακρίσεως φυλῆς. Ὁ φαινομενικῶς μικρὸς ἀριθμὸς καρκίνων εἰς τὰς χώρας αὐτὰς ὀφείλεται ἀφ' ἑνὸς μὲν εἰς τὴν ἔλλειψιν στατιστικῶν, ἥτις ἔλλειψις παρατηρεῖται καὶ εἰς τὰς ἡμετέρας ἐπαρχιακὰς πόλεις καὶ χωρία, ἀφ' ἑτέρου δ' εἰς τὸ ὅτι εἰς τὰς χώρας ἐκείνας ἡ ζωὴ γενικῶς εἶναι μικροτέρα διαρκείας, οὕτως ὥστε νὰ μὴ εὐνοῆται ἡ ἀνάπτυξις τοῦ καρκίνου. Ἐκ γενομένων ἐξ ἄλλου ἐρευνῶν εἰς τὰς Γαλλικὰς ἀποικίας προέκυψεν, ὅτι ὁ καρκίνος προσβάλλει ἐξ ἴσου ἰθαγενεῖς καὶ Εὐρωπαίους.

Περισσότερον ἀπὸ τοὺς φυλετικούς ὄρους δεόν νὰ ἐξετασθοῦν οἱ ὄροι διαβιώσεως οἱ ἐπικρατοῦντες εἰς ἕκαστον Ἔθνος. Οὕτως ὑπεστηρίχθη ὁ ρόλος τῆς διατροφῆς ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἀνάπτυξιν κακοῦτων ὄγκων, λόγῳ ἰδίως τῆς συχνότητός των εἰς τὸν ἄνθρωπον ἐν σχέσει μὲ τὸ σπάνιον εἰς τὰ ζῶα. Ἐπόμενον ἦτο ἡ συχνότης αὕτη ν' ἀποδοθῇ εἰς διαιτολογικὰς διαφορὰς. Τίποτε ὁμῶς τὸ συγκεκριμένον δὲν κατωρθώθη καὶ ἐπὶ τοῦ σημείου τούτου ν' ἀποδειχθῇ. Κατηγόρησαν τὴν κρεοφαγίαν ὡς εὐνοϊκὸν παράγοντα, ἀπῆλλαξαν δὲ τῆς τοιαύτης κατηγορίας τὴν χορτοφαγίαν, ὡς οὐδόλως ἢ ἐλάχιστα εὐνοοῦσαν τὴν ἀνάπτυξιν τοῦ καρκίνου. Ἀλλὰ καὶ τὸ ἐπιχείρημα τοῦτο δὲν εὐσταθεῖ κατόπιν πλείστων παρατηρήσεων. Οὕτως εἰς τὰς Ἰνδίας ὁ Hendley, ἐπὶ 102 πασχόντων ἐκ καρκίνου τοῦ στομάχου, διεπίστωσεν ὅτι οἱ 61 ἦσαν αὐστηρῶς χορτοφάγοι. Ὁ Fenwick διεπίστωσεν ὡσαύτως τὴν ὑπαρξιν πολλῶν καρκίνων τοῦ στομάχου εἰς λαοὺς, οἵτινες λόγῳ θρησκευτικῶν δοξασιῶν ἀπέχουν τῶν οἰνοπνευματωδῶν ποτῶν.

Συγκριτικὰ ἔρευναι ἐπὶ τῆς διατροφῆς καὶ τοῦ σιτηρεσίου δια-

φόρων λαών, "Αγγλων, "Ολλανδών, "Αμερικανών, εις οὐδὲν ἄξιον λόγου συμπέρασμα κατέληξαν. "Ἐχει ἐξ ἄλλου ἀποδειχθῆ, ὅτι ἡ κρεοφαγία δὲν ἐπιδρᾷ δυσμενῶς ἐπὶ τῶν πειραματικῶν ὄγκων τῶν ζῶων.

Δυνατὸν ὅμως ἡ ἠύξημένη κατανάλωσις συντηρημένων τροφῶν (κονσερβῶν) ὡς καὶ χημικῶς παρασκευαζομένων τοιούτων νὰ εὐνοῖ τὴν ἐμφάνισιν τοῦ καρκίνου. Ὁ καρκινογόνος ρόλος ἀποδίδεται εἰς τὰς χρωστικὰς οὐσίας, αἵτινες χρησιμοποιοῦνται εἰς τὴν παρασκευὴν πλείστων κονσερβῶν καὶ αἵτινες προέρχονται ἐκ τῆς πίσεως, γνωστῆς διὰ τὰς καρκινογόνους ιδιότητάς της. Μερικαὶ τῶν χρωστικῶν αὐτῶν οὐσιῶν, ὅπως ἡ ἀνιλίνη καὶ τὰ παράγωγά της, αἱ ὁποῖαι χρησιμοποιοῦνται συχνότατα εἰς τὴν βιομηχανίαν τῶν τροφῶν, πειραματικῶς ἔχουν ἀποδείξει ἀναμφισβητήτους καρκινογόνους ιδιότητας. Εἶναι ὅμως ἐπικίνδυνον νὰ μεταφέρῃ τις εἰς τὸν ἄνθρωπον συμπέρασματα ἐξ ἀποτελεσμάτων ἐπιτευχθέντων εἰς ζῶα, ὅπως π.χ. τοὺς ποντικούς, δεδομένου μάλιστα ὅτι αἱ ἀπαιτηθεῖσαι δόσεις διὰ τὴν δημιουργίαν τοῦ καρκίνου εἰς τὰ ζῶα εἶναι τεράστιαι συγκρινόμεναι μὲ ἐκείνας τὰς ὁποίας καταναλίσκει ὁ ἄνθρωπος.

"Ἡθέλησαν ἐπίσης νὰ παραλληλίσουν τὰς σχέσεις μεταξὺ τῶν καταναλισκομένων ποσοτήτων ὕδατανθράτων καὶ τῆς συχνότητος τοῦ καρκίνου, δεδομένου ὅτι οὗτοι εὐνοοῦν τοῦτον εἰς τὰ ζῶα, ὅπως ἐπίσης πρὸς τὸν αὐτὸν σκοπὸν ἐξητάσθη καὶ ὁ ρόλος τῶν βιταμινῶν, χωρὶς ὅμως νὰ δυνηθοῦν νὰ καταλήξουν εἰς συγκεκριμένα συμπεράσματα.

Ὁ ρόλος τῶν λιπῶν ἔχει κάπως περισσότερο διευκρινηθῆ, πειραματικῶς τοῦλάχιστον. Γνωρίζομεν ὅτι ἐὰν θερμάνωμεν τὰ λίπη εἰς θερμοκρασίαν ἀνωτέραν τῶν 200°, ταῦτα ἀποκτοῦν ἀναμφισβήτητον καρκινογόνον (ιδιότητα. Ἡ παρατεταμένη χορήγησις τοιούτων λιπῶν (ζωϊκὰ λίπη, ἐλαιόλαδον) εἰς ποντικούς προὐκάλεσε καρκίνον τοῦ στομάχου καὶ τοῦ ἥπατος. Φαίνεται ὅτι τὸ αἷτιον εἶναι ἡ εἰς τὰ λίπη ἀφθόνως περιεχομένη χοληστερίνη, ἥτις ὑπὸ τὴν ἐπίδρασιν τῆς θερμότητος μετατρέπεται εἰς καρκινογόνον παράγωγον.

Πρέπει ὅμως νὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν, ὅτι διὰ τὴν ἀνάπτυξιν καρκίνου τοῦ στομάχου εἰς τὸν μὲν ἀπαιτεῖται ἡ χορήγησις θερμανθέντος λίπους καθημερινῶς καὶ ἐπὶ δύο συν εχθῆ ἔτη, δηλαδὴ ἐπὶ χρονικὸν διάστημα τὸ ὁποῖον εἰς τὸν ἄνθρωπον ἰσοδυναμεῖ μὲ τὴν χορήγησιν μεγάλων ποσοτήτων ἐπὶ 25-30 ἔτη. Ἐξ ἄλλου, εἰς τὰ οὕτω πως σιτιζόμενα ἄτομα δὲν παρετηρήθη μεγαλυτέρα συχνότης καρκίνου τοῦ στομάχου. Ἐπίσης αἱ μὲ τὰς σχέσεις διατροφῆς καὶ καρκίνου ἀσχο-

λούμεναι πειραματικά έργασιαί κάθε άλλο παρά όμοφωνοῦν. Δέν ἔχομεν ἐπομένως τὸ δικαίωμα νά μεταφέρωμεν εἰς τὸν ἄνθρωπον τὰ εἰς τὰ ζῶα πειραματικῶς ἐπιτευχθέντα.

Ὁ μικροβιακὸς παράγων ἀνεζητήθη καὶ ἀναζητεῖται, ἄνευ οὐδεμιᾶς μέχρι τοῦδε ἀποδείξεως. Ὁ ὕγιης στόμαχος, ὡς γνωστόν, λόγω τῆς ἐντὸς αὐτοῦ ὑπάρξεως HCl, εἶναι στεῖρος μικροβίων. Παθολόγοι κα' μὴ ὄργανισμοὶ ἀνευρέθησαν μόνον εἰς περιπτώσεις χρογαστρίτιδος, κακοήθους ἀναιμίας, καρκίνου τοῦ στομάχου ὡς καὶ εἰς τινὰ ἔλκη. Ἡ παρουσία των ἐξαρτᾶται ἀπὸ τὴν ἠλαττωμένην ὀξύτητα ἢ τὴν ἀχλωρυδρίαν, χωρὶς ὅμως καὶ νά παρατηρηθῇ ἰδίᾳ μικροβιακὴ χλωρίς. Αἱ σημεριναὶ ἔρευναὶ στρέφονται πρὸς τὴν ἀναζητήσιν διηθητοῦ τινος ἰοῦ.

Συγγραφεῖς τινες, θέλοντες νά ὑποστηρίξουν τὴν μικροβιακὴν θεωρίαν, προέβαλον τὸ θέμα τῆς μεταδοτικότητος τοῦ καρκίνου. Πρὸς ἀπόδειξιν τούτου ἔφεραν ὡς παραδείγματα τὰς πολλαπλασιαζομένας περιπτώσεις καρκίνου εἰς τινὰ χωρία, εἰς τινὰς οἰκίας, γνωστάς ὡς «σπίτια τοῦ καρκίνου», διότι ἐκεῖ ἐσημειοῦντο περιπτώσεις θανάτων ἐκ καρκίνου ἀλληλοδιαδόχων κατοίκων μιᾶς καὶ τῆς αὐτῆς οἰκίας. Αἱ διαπιστώσεις αὗται ἀπεδείχθη ὅτι ἐβασίζοντο ἐπὶ συμπτώσεων ἢ ἀνακριβῶν στατισικῶν.

Τὸ αὐτὸ ἰσχύει καὶ διὰ τὴν δῆθεν μετάδοσιν ἀπὸ συζύγου εἰς σύζυγον. Σύμφωνα ὅμως μὲ τὸν νόμον τῶν πιθανοτήτων, ὁ ἀριθμὸς τῶν περιπτώσεων αὐτῶν δέν ὑπερβαίνει τὸν ἀριθμὸν τῶν ἄλλων κοινῶν περιπτώσεων. Δέν ἔχει σημειωθῆ ἕξ ἄλλου, μέχρι σήμερον, περιπτώσεις μεταδόσεως καρκίνου εἰς τὰ διάφορα νοσοκομεῖα καὶ ἰδίως μεταξὺ τοῦ προσωπικοῦ τῶν ἀντικαρκινικῶν ἰνστιτούτων, τὸ ὁποῖον θά ἔπρεπε κυρίως νά προσβάλλεται λόγω τῆς ἀμέσου καὶ ἐπὶ μακρὰ ἔτη συνεχοῦς ἐπαφῆς μὲ καρκινοπαθεῖς.

Διὰ τὴν κληρονομικότητα τοῦ καρκίνου τοῦ στομάχου εἰς τὸν ἄνθρωπον δέν εἶναι σχεδὸν τίποτε γνωστόν, ἐλάχιστα δὲ καὶ δι' αὐτὰ τὰ ζῶα. Εἰς τὴν Παθολογίαν γενικῶς ἡ ἐπίδρασις τῆς κληρονομικότητος εἶναι σημαντικὴ. Ἡ νοσηρὰ κληρονομικότης ἔγκειται εἰς τὴν μεταβίβασιν εἰς ἓν ἄτομον ἠλλοιωμένης ὑγείας, ἢ πηγὴ τῆς ὁποίας ἀποδίδεται εἰς διαπιστωθεῖσαν νόσον εἰς ἓνα ἢ καὶ περισσοτέρους προγόνους. Ὑπάρχουν ὠρισμένοι νόσοι, εἰς ἃς ἡ ἐπίδρασις τῆς κληρονομικότητος οὐδὲλως ἀμφισβητεῖται. Διὰ τὸν καρκίνον τοῦ στομάχου ἀναφέρονται ὠρισμένοι περιπτώσεις οἰκογενειῶν. Ἡ πλέον γνωστὴ καὶ ὀνομαστὴ περίπτωσις εἶναι ἡ τῆς οἰκογενείας τοῦ Ναπολέοντος. Λέγεται ὅτι ὁ Ναπολέων, ὁ πατὴρ του καὶ ὁ πάππος του, αἱ τρεῖς ἀδελφαὶ του, ὡς καὶ εἰς ἕκ τῶν ἀδελφῶν του,

ἀπέθανον ἐκ καρκίνου τοῦ στομάχου. Πλὴν ὅμως, ὅσον ἀφορᾷ τὸν Ναπολέοντα τοῦλάχιστον, οὐδεμία ἀπόδειξις ὑπάρχει ὅτι ἀπέθανεν ἐκ καρκίνου τοῦ στομάχου. Κατὰ τελευταίας ἐρεύνας (1953) φαίνεται ὅτι οὗτος ἀπεβίωσεν ἐκ τυλῶδους ἔλκους τοῦ ἐλάσσονος τόξου τοῦ στομάχου διατρηθέντος καὶ συμφυομένου μετὰ τῆς κάτω ἐπιφανείας τοῦ ἥπατος. Εἰς τρία ἐξ ἄλλου μέλη τῆς οἰκογενείας του ἢ διάγνωσις τοῦ καρκίνου ἐγένετο μακροσκοπικῶς καὶ κατόπιν νεκροψίας ἄνευ ἱστολογικῆς ἐξετάσεως, ἐνῶ τὰ ὑπόλοιπα 4 μέλη ἦσαν ἀπλῶς «ὑποπτα». Εἰρήσθω δὲ ἐν παρόδῳ, ὅτι δὲν ἀναφέρονται περαιτέρω περιπτώσεις καρκίνου εἰς τοὺς ἀπογόνους τῆς οἰκογενείας ταύτης.

Ἔτερον παράδειγμα ἀναφέρεται τὸ τῆς οἰκογενείας «G», τῆς ὁποίας 174 μέλη εἶχον ἡλικίαν ἀνωτέραν τῶν 25 ἐτῶν. Εἰς 141 ἄτομα παρετηρήθησαν 43 πρωτοπαθεῖς καρκίνοι (24%). Ἐκ τούτων εἰς 26 ἢ ἐντόπισις ἀφεῶρα τὸν πεπτικὸν σωλῆνα. Σύμφωνα ὅμως μὲ τὸν νόμον τῶν πιθανοτήτων, εἰς μίαν νόσον διαδεδομένην ὅπως ὁ καρκίνος, ἐπὶ 18 οἰκογενειῶν ἢ μία θὰ ἔχη τρεῖς ἢ περισσοτέρους καρκινοπαθεῖς, ἐὰν αἱ οἰκογένειαι αὗται θεωρηθοῦν μὲ 10 ἢ περισσότερα μέλη ἐκάστη.

Ὅσον ἀφορᾷ τὸν πειραματικὸν καρκίνον, οὗτος ἐπετεύχθη, διότι τὰ ζῶα ἐμφανίζουν κακοήθεις ὄγκους καθ' ὅλα ὁμοίους μὲ τοὺς τῶν ἀνθρώπων. Σύμφωνα μὲ τοὺς νόμους τῆς κληρονομικότητος καὶ διὰ διαφόρων διασταυρώσεων κατωρθώθη ἡ δημιουργία φυλῶν ποντικῶν, τῶν ὁποίων τὰ θήλα ἐμφανίζουν αὐτομάτως καρκίνον τοῦ μαστοῦ, ἐνῶ δὲν παρατηρεῖται τοιοῦτος εἰς ἄλλας φυλάς. Ἡ μεταβίβασις ὅμως αὕτη τοῦ καρκίνου εἰς τὸν ποντικὸν ἐπετεύχθη χάρις εἰς τὴν δημιουργίαν ἀπογόνων προερχομένων ἐκ διασταυρώσεων μεταξὺ ἀδελφῶν, δηλαδὴ ὑπὸ ὄρους οἵτινες δὲν παρατηροῦνται εἰς τὸ ἀνθρώπινον γένος καὶ ἐπομένως θὰ ἦτο σφάλμα τὰ αὐτὰ ἀποτελέσματα τὰ ἐπιτευχθέντα εἰς τὰ ζῶα νὰ τὰ θεωρήσωμεν ὡς ἰσχύοντα καὶ διὰ τὸν ἄνθρωπον.

Χάρις εἰς τὰς ἐκλεκτικὰς διασταυρώσεις ἐπετεύχθη ἡ δημιουργία φυλῶν ποντικῶν, εἰς τὰς ὁποίας ὁ καρκίνος τοῦ μαστοῦ μεταδίδεται κληρονομικῶς κατὰ μίαν ἰδιαιτέραν τάξιν. Π.χ. τὸ θῆλυ, τὸ ὁποῖον τὸ ἴδιον δὲν παρουσιάζει καρκίνον, μεταδίδει ἐν τούτοις τὸν κληρονομικὸν παράγοντα ἀπὸ ἀπόψεως καρκίνου. Ἡ ἐπίτευξις ὅμως αὕτη δὲν εἶναι τόσο ἀπλῆ ὅσον ἐκ πρώτης ὄψεως φαίνεται. Ἀπεκαλύφθη ὅτι τὸ ποσοστὸν τῶν οὕτω παρατηρηθέντων κακοήθων ὄγκων ἦτο πολὺ μεγαλύτερον, ὅταν ἡ μήτηρ ἀνήκεν εἰς τοὺς ἀπογόνους τοὺς ρέποντας πρὸς τὸν καρκίνον. Ἡ σαφὴς αὕτη ἐπίδρασις τῆς μητρὸς ὀφείλεται εἰς τὴν διὰ τοῦ γάλακτος ἐπίδρασιν ἐνὸς παρά-

γοντος άγνωστου είσέτι φύσεως και όστις παιζει σπουδαιότατον ρόλον είς τήν γένεσιν τοϋ καρκίνου. Έάν τά μικρά αύτά ζώα, τά προερχόμενα έκ καρκινοπαθών γονέων, τά θηλάσουν άλλαι μητέρες, μη καρκινοπαθείς, τό ποσοστόν κακοήθων όγκων έλαττοϋται σημαντικώτατα.

Μία μόνον φυλή μυών είναι γνωστή — έξ όλων τών ζώων — είς τήν όποίαν αναπτύσσεται αυτόμάτως άδενοκαρκίνωμα τοϋ στομάχου. Αύτη έδημιουργήθη από τόν 'Αμερικανόν Strong, όστις πιστεύει ότι ή είς τήν φυλήν ταύτην παρατηρουμένη μεγάλη συχνότης όγκων όφείλεται είς τήν έγκατάστασιν γενετικών μεταβολών.

Όλα τά ως άνω πειράματα παρουσιάζουν βεβαίως μέγιστον ένδιαφέρον· όσον άφορᾶ όμως τόν άνθρωπον απαιτούνται πλέον θετικά άποδείξεις πρίν ή παραδεχθώμεν τόν καρκίνον ως κληρονομικήν νόσον. Είναι όμως άληθοφανές, ότι ύπάρχει κάποια κληρονομικότης έδώφους ή κληρονομικότης διαφόρων παραγόντων, οΐτινες καθιστούν έπιρρεπείς ώρισμένους ίστούς ή όργανα πρὸς τήν καρκινοποίησιν ή τούναντίον άνθεκτικούς είς ταύτην. Η άποψις αύτη είναι εύνόητος, εάν ύπενθυμίσωμεν ότι έκ τής κληρονομικότητος έξαρτάται ή όλη μας σύνθεσις και ότι αύτη είναι εκείνη ήτις θα μάς όρίση τόν τρόπον άντιδράσεως έναντι τών διαφόρων νόσων.

Κρίνοντας έξ όλων τών άνωτέρω δυνάμεθα νά συμπεράνωμεν, ότι ή κληρονομικότης μεταβιβάζει ένίστε έν έδαφος, μίαν προδιάθεσιν γενικήν ή τοπικήν, καθ' ήν δι' άγνωστον είσέτι αίτίαν αναπτύσσεται εύκολώτερον ό καρκίνος. Όσον άφορᾶ όμως τόν καρκίνον τοϋ στομάχου δέν δυνάμεθα νά είπωμεν, ότι είναι κληρονομική νόσος.

β) Τοπικοί παράγοντες: Μεγαλυτέρα σημασία από αίτιολογικής άπόψεως άποδίδεται είς ώρισμένους τοπικούς παράγοντας ή προκαρκινικάς καταστάσεις. Ός τοιαύται θεωροϋνται κυρίως τό έλκος, ή γαστρίτις, οι καλοήθεις όγκοι.

Όσον άφορᾶ τάς σχέσεις έλκους και καρκίνου, αύται θα μελετηθόν έν πάση λεπτομερείᾳ είς τό κεφάλαιον περι «έξαλλαγέντος έλκους».

Η γαστρίτις διά πολλούς συγγραφείς θεωρείται ως άπαραίτητος και προϋπάρχουσα κατάστασις διά τήν έκδήλωσιν ένός καρκίνου τοϋ στομάχου. Τήν θεωροϋν ως τήν κοίτην τοϋ καρκίνου. Πρὸς ένίσχυσιν τής άπόψεως ταύτης αναφέρουν τάς σχέσεις καρκίνου και κακοήθους άναιμίας τύπου Biermer, ήτις ως γνωστόν συνο-

δεύεται από άτροφικήν γαστρίτιδα. Είναι γεγονός άναμφισβήτητον, ότι έχουν άναφερθῆ περιπτώσεις έμφανίσεως καρκίνου τοῦ στομάχου εις άρρώστους πάσχοντας εκ τῆς άναϊμίας ταύτης. Κατά πόσον όμως ο καρκίνος άνεπτύχθη λόγω τῆς γαστρίτιδος ἢ τούναντιον πρόκειται περί συμπτώσεως εις άρρώστους, τῶν οποίων ἡ ζωὴ ἤδη παρατείνεται λόγω τῆς ειδικῆς θεραπείας, δὲν έχει άπολύτως έξακριβωθῆ. Δέον έξ άλλου νά έχωμεν ὑπ' ὄψιν τοὺς ψευδο-όγκους τοῦ στομάχου τῶν άναϊμικῶν τούτων άρρώστων, οἵτινες εκλαμβάνονται ὡς κακοήθεις.

Ἄλλὰ καὶ αἱ σχέσεις τῆς χρ. γαστρίτιδος καὶ καρκίνου τοῦ στομάχου δὲν έχουν πλήρως διαλευκανθῆ. Μία μερίς ὑποστηρίζει ότι αὕτη άποτελεῖ προκαρκινικήν κατάστασιν. Μεταξὺ τούτων ο γερμανός Κοηστῆν παραδέχεται μίαν έξέλιξιν κατὰ άλληλοδιάδοχα στάδια. Δηλαδή προηγείται μία άπλη γαστρίτις, ἣτις έξελίσσεται εις πολυποδοσειδῆ, ἐν συνεχείᾳ δημιουργοῦνται οἱ πολύποδες καὶ τέλος ο καρκίνος. Διὰ τὸν Guimann όμως αἱ άνω έργασίαι βασίζονται ἐπὶ ιστολογικῶν παρατηρήσεων γενομένων ἐπὶ προκεχωρημένων μορφῶν καρκίνου. Σήμερον χειρουργοῦνται καρκίνοι σχεδόν μικροσκοπικοί. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς ἡ ιστολογικὴ έξέτασις δεικνύει λίαν περιωρισμένην περιοχὴν άτροφικῆς γαστρίτιδος ἐντὸς τῆς οποίας καὶ άναπτύσσεται ο καρκίνος. Ἡ ιστολογικὴ αὕτη γαστρίτις ἐμφανίζεται ὡς τὸ πρῶτον στάδιον τοῦ καρκίνου, ὅστις δημιουργεῖται διὰ προσδευτικῶν μεταλλαγῶν τῶν κυττάρων ἐντὸς τῆς περιοχῆς ταύτης, ἣτις, ἐάν μὲν ιστολογικῶς δὲν εἶναι καρκινωμάτῳδης, ἐν τῇ πραγματικότητι περιέχει τὰ στοιχεῖα ἐκεῖνα τὰ όποια οδηγοῦν πρὸς τὸν καρκίνον, άποτελοῦσα οὕτω πιθανώτατα μίαν ιδιαίτεράν ιστολογικὴν μορφήν τοῦ καρκίνου τὴν ὁποίαν άγνοοῦμεν. "Όσον άφορᾷ τὴν γαστρίτιδα, τὴν ὁποίαν παρατηροῦμεν εις τοὺς χειρουργηθέντας προκεχωρημένης μορφῆς καρκίνους, αὕτη φαίνεται νά εἶναι μᾶλλον τὸ άποτέλεσμα παρά τὸ αίτιον, ὀφειλομένη εις ἕνα έρεθισμὸν, εις μίαν λοιμῳξιν, ἐνίοτε εις τὴν ὑπὸ τοῦ καρκίνου δημιουργηθεῖσαν στένωσιν κ.λ.π.

Οἱ καλοήθεις ὄγκοι τοῦ στομάχου τούναντιον φαίνεται ότι παίζουν άρκετὰ σημαντικὸν ρόλον ὡς προκαρκινική κατάστασις. Διάφοροι στατιστικαὶ δεικνύουν, ότι ἡ πλέον συνήθης ἐντόπισις τούτων εἶναι τὸ προπυλωρικὸν ἄντρον. Οἱ πολύποδες, δηλαδή τὰ άδενώματα, εἶναι καὶ οἱ πλέον ἐπικίνδυνοι ἀπὸ άπόψεως έξαλλαγῆς, χρῆζουν δέ συνεχοῦς παρακολουθήσεως. Ἐκ τῶν άλλων καλο-

ήθων ὄγκων τὰ νευρινώματα ἢ Schwannome ὑφίστανται σχεδόν πάντοτε τὴν κακοήθη ἐξαλλαγὴν, ἔστω καὶ μετὰ πολυετῆ ἐξέλιξιν, ἐνῶ τὰ λιπώματα, μυώματα κ.λ.π. παραμένουν κατὰ κανόνα καλοήθεις ὄγκοι.

Μεταξὺ τῶν σπανιωτέρων τοπικῶν προκαρκινικῶν παραγόντων ἀναφέρουν τοὺς ἑτεροτόπους ξένους ἰστοὺς ἐντὸς τῶν γαστρικῶν τοιχωμάτων ἢ νησίδια κυττάρων τύπου οὐχὶ γαστρικοῦ.

Β' ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑΙ ΜΟΡΦΑΙ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ὁ καρκίνος τοῦ στομάχου συνωψίζετο παλαιότερον εἰς τὴν ἐξῆς περίπτου κλινικὴν εἰκόνα: Ἄρρωστος ἡλικίας ἄνω τῶν 40 ἐτῶν, παραπονούμενος ἀπὸ ἔτους περίπτου διὰ διάφορα δυσπεπτικά φαινόμενα, ἐνίστε πρὸς τὸ τέλος καὶ διὰ πόνους, δι' ἀνορεξίαν, ἀπίσχνανσιν, ὠχρότητα ἢ ἀχυρόχρουν ὄψιν. Κατὰ τὴν ἐξέτασιν ἀνευρίσκετο ψηλαφητὸς ὄγκος παρὰ τὸ ἐπιγάστριον.

Τὰ τελευταῖα ὅμως ἔτη, ἰδίως κατόπιν τῶν ἐργασιῶν τοῦ Guimonne, δυνάμεθα νὰ θεωρήσωμεν τὸν καρκίνον τοῦ στομάχου ἀπὸ ἀπόψεως ἐξελίξεως ὡς δύο διαφορετικὰς νόσους, ἀδιάφορον ἕαν ἢ μία συνεχίζῃ τὴν ἄλλην.

Ἡ πρώτη εἶναι ὁ καρκίνος τοῦ στομάχου «ἐν τῇ ἀρχῇ» ἢ ἡ περίοδος εἰσβολῆς. Ἡ δευτέρα εἶναι ὁ κλασσικὸς καρκίνος μὲ τὰς γνωστὰς κλινικὰς καὶ ἀκτινολογικὰς ἐκδηλώσεις, μὲ τὰς μεταστάσεις. Εἶναι τὸ δεύτερον στάδιον ἢ ἡ περίοδος ἀκμῆς τοῦ καρκίνου τοῦ στομάχου.

Α' ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΕΙΣΒΟΛΗΣ

Εἰς τὸ στάδιον αὐτὸ δέον νὰ γίνεταί ἡ διάγνωσις ἐφ' ὅσον τότε καὶ μόνον θὰ ἐξυπηρετηθῇ θεραπευτικῶς ὁ ἄρρωστος. Παρὰ τὰς μεγάλας διαγνωστικὰς δυσχερεῖας ὑπάρχουν καὶ ἰδιά τινα κλινικὰ σημεῖα, κυρίως ὅμως ἀκτινολογικὰ τοιαῦτα, τὰ ὁποῖα ἐπιτρέπουν τὴν πρώϊμον διάγνωσιν.

Τὰς ποικίλας κλινικὰς ἐκδηλώσεις ἐνὸς καρκίνου τοῦ στομάχου δυνάμεθα νὰ τὰς κατατάξωμεν εἰς τρεῖς μορφάς: α) Λανθάνουσαι, β) ἀνώδυνοι, γ) ἐπώδυνοι.

α) Λανθάνουσαι μορφαί. Αἱ μορφαί αὗται κλινικῶς μόνον ὑπάγονται εἰς τὴν περίοδον εἰσβολῆς, δεδομένου ὅτι, ὅταν ἐκδηλοῦνται τὸ πρῶτον, ἀνατομικῶς ἤδη ἀνήκουν εἰς προκεχωρημένας μορφάς. Ὁ διὰ πρώτην φοράν παραπονούμενος ἄρρωστος φέρει ἤδη ἕνα ὄγκον ἀνεγχείρητον.

Εἰς τινὰς περιπτώσεις ὁ καρκίνος ἐξελίσσεται ἀδορύβως, ἀνευ οὐδεμιᾶς κλινικῆς ἐκδηλώσεως, οὐδεμιᾶς προσβολῆς τῆς γενι-

κῆς καταστάσεως ἀπὸ ἀπόψεως χρώματος, ὀρέξεως, σωματικοῦ βάρους ἢ πόνων. Τὸ πρῶτον σημεῖον τοῦ καρκίνου αὐτοῦ εἶναι π.χ. ἡ ἐμφάνισις μιᾶς γαστρορραγίας, εἴτε ἡ τυχαία διαπίστωσις ἐνὸς ὄγκου παρά τὸ ἐπιγάστριον.

Ἄλλοτε πάλιν ὁ καρκίνος τοῦ στομάχου, βραδύτατα ἐξελισσόμενος, ἔχει ὡς πρῶτην κλινικὴν ἐκδήλωσιν τὴν ἀπότομον ἐμφάνισιν **ΣΤΕΝΩΤΙΚῶΝ** φαινομένων λόγῳ τῆς ἐπεκτάσεώς του πρὸς τὸν πυλωρόν.

Συχνὰ ἡ πρώτη ἐκδήλωσις εἶναι **μία μετὰστασις**. Ὁ ἄρρωστος προσέρχεται πρὸς ἐξέτασιν, διότι παρατήρησε τυχαίως μίαν διόγκωσιν τῶν τραχηλικῶν ἀδένων ἢ παραπονεῖται διὰ φαινόμενα ἐκ τῶν πνευμόνων ἢ τῶν ὀστέων, ἢ παρουσιάζει σημεῖα γαστροκολικοῦ συριγγίου ἢ μίαν ἀνώδυνον διόγκωσιν τοῦ ἥπατος.

Ἡ πλέον περίεργος μορφή λανθάνοντος καρκίνου τοῦ στομάχου εἶναι ἡ ἔχουσα ὡς πρῶτην ἐκδήλωσιν ὠθηθικός διαταραχάς. Οἱ καρκίνοι τοῦ πεπτικοῦ σωλήνος, ἰδίως τοῦ στομάχου, μεθίστανται εἰς τὰς ὠθηθίκας, ἰδίως ὅταν ἡ ἄρρωστος διατρέχη εἰσέτι τὴν γεννητικὴν περίοδον (ὄγκοι τοῦ Krükenberg). Αἱ πρῶται ἐκδηλώσεις τῶν ὄγκων αὐτῶν ποικίλλουν: Διαγιγνώσκεται ὁ καρκίνος τοῦ στομάχου, χειρουργεῖται, καὶ ἐν συνεχείᾳ ἐκδηλοῦται ὁ ὄγκος τῶν ὠθηθικῶν ἢ διαπιστοῦται συγχρόνως κατὰ τὴν πρῶτην ἐγχείρησιν. Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ἕως διαγιγνώσκεται πρῶτος ὁ ὄγκος τῶν ὠθηθικῶν καὶ ἀφαιρεῖται. Ἡ ἱστολογικὴ ἐξέτασις ἀποκαλύπτει ἐν συνεχείᾳ, ὅτι πρόκειται περὶ μεταστατικοῦ ὄγκου ὀφειλομένου εἰς ἓνα κλινικῶς λανθάνοντα καρκίνον τοῦ στομάχου.

Σπανιώτερον πρῶτη ἐκδήλωσις ἐνὸς λανθάνοντος καρκίνου τοῦ στομάχου θὰ εἶναι ἡ ἐμφάνισις **οἰδήματος** μὴ ὀφειλομένου εἰς καχεξίαν, τοῦ ὁποῦ ἡ αἰτολογικὴ διάγνωσις βραδύνει ἐπὶ πολὺ.

β) Ἀνώδυνοι μορφαί: Παρουσιάζουν καὶ αὐταὶ διαγνωστικὰς δυσχερείας καὶ θὰ πρέπη παρουσίᾳ ὠρισμένων συμπτωμάτων νὰ ὑποπτευθῆ τις τὴν πιθανὴν ὑπαρξιν καρκίνου, ὅποτε ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις θὰ τὴν ἐπιβεβαιώσῃ.

Εἰς τὴν μορφήν αὐτὴν δυνάμεθα νὰ περιγράψωμεν μίαν κοινὴν κλινικὴν εἰκόνα περιλαμβάνουσαν διάφορα ἐνοχλήματα, τὸ σύνολον τῶν ὁποίων δεόν νὰ προκαλέσῃ τὴν προσοχὴν λόγῳ τῆς ἀδικαιολογήτου ἄλλοτε μὲν προοδευτικῆς, ἄλλοτε δὲ ταχείας ἐμφανίσεώς των.

Ὁ ἄρρωστος αὐτός, οἰασδήποτε ἡλικίας, νέος ἢ μεσήλιξ, παραπονεῖται διὰ προοδευτικὴν ἀνορεξίαν, συνοδευομένην ἐνίοτε

ἀπό ἀπώλειαν τῆς γεύσεως δι' οἰανδήποτε τροφήν. Παλαιὸς καπνιστὴς ἔχει ἀπολέσει σημαντικῶς ἢ καὶ τελειῶς κάθε ὄρεξιν διὰ τὸν καπνόν, πρὸς τὸν ὁποῖον αἰσθάνεται ἀποστροφήν. Παραπονεῖται ἐπὶ πλέον δι' ἀκαθόριστον αἶσθημα στενοχωρίας παρὰ τὸ ἐπιγαστριον, διὰ βάρος, ἐρυγὰς, ἀναγωγὰς, ἐνίοτε δὲ καὶ δι' ἀδικαιολογήτους ἐμέτους. Ἄλλοτε πάλιν τὸ αἶσθημα αὐτὸ στενοχωρίας ἔχει ἀντικατασταθῆ ἀπὸ μίαν ἔκδηλον εὐαισθησίαν παρὰ τὸ ἐπιγαστριον μετὰ τὰ γεύματα· οἱ ἄρρωστοὶ λέγουσιν, ὅτι αἰσθάνονται τὸν στόμαχόν των κάπως ἐπώδυνον. Οὐσιαστικῶς ὅμως κατὰ τὴν περίοδον ταύτην οἱ γνήσιοι πόνοι εἶναι ἀνύπαρκτοι, παρατηροῦνται δὲ μόνον εἰς τὴν μορφήν ἐκείνην τοῦ καρκίνου, ἧτις ὑποδύεται τὸ ἔλκος.

Τὴν περίοδον ἐπομένως αὐτὴν χαρακτηρίζει οὐχὶ ἡ ἔντασις τῶν ἐνοχλημάτων, ἀλλὰ ἀντιθέτως ἡ πλήρης σχεδὸν ἀνυπαρξία των.

Ὅλιγον κατ' ὀλίγον ὁ ἄρρωστος μας χάνει σταθερῶς βάρος, αἰσθάνεται σωματικὸν καὶ πνευματικὸν κάματον, καταλαμβάνεται ἐνίοτε ὑπὸ μελαγχολίας ἢ ἀνησυχίας. Ἡ χροιά του, ἡ γενικὴ του κατάστασις ἀλλοιοῦνται, τὸ περιβάλλον του διαπιστώνει μίαν ὠχρότητα, μολαταῦτα ἢ αἱματολογικὴ ἐξέτασις δὲν ἀποκαλύπτει ἀναιμίαν.

Εἰς τὸ σύνολον αὐτὸ τῶν ἐνοχλημάτων προστίθενται ἀρκετὰ συχνὰ ἐντερικαὶ διαταραχαί, ὅπως μία δυσκοιλιότης, τῆς ὁποίας ἡ ἀπότομος ἐγκατάστασις, ἐν συνδυασμῷ μὲ τὰ προηγούμενα ἐνοχλήματα, δεόν νὰ στρέψουν τὴν προσοχὴν πρὸς τὸν καρκίνον τοῦ στομάχου, ἢ ἀντιθέτως καὶ σπανιώτερον παρατηρεῖται μία εὐκοιλιότης.

Τοιαῦτα ἀκαθόριστα ἐνοχλήματα δὲν ὑποβοηθοῦν τὴν διάγνωσιν τοῦ καρκίνου καὶ συνήθως τὴν ἀποιρέπουν. Ὁ ἄρρωστος χαρακτηρίζεται ὡς νευρασθενικός, ὡς ἡπατικός, ὡς πάσχων ἐξ ὑπερκοπώσεως, ἐκ γαστρίτιδος, ἐκ δυσπεψίας κ.ο.κ. Ὑπάρχει ὅμως εἰς τὰ ἐνοχλήματα ταῦτα ἕνας ἰδιάζων χαρακτήρ: παρὰ τὰς διαφόρους θεραπείας, παρὰ τὴν ποικιλίαν τῶν ληφθέντων φαρμάκων, ταῦτα, ἂν καὶ ἐλαφρὰς μορφῆς, ἐπιμένουν, δὲν παρέρχονται. Θὰ πρέπη ὅμως νὰ τονισθῆ, ὅτι τὰ συμπτώματα ταῦτα ἐνίοτε βελτιοῦνται ἢ καὶ ἐξαφανίζονται κατόπιν μιᾶς γενικῆς ἢ τοπικῆς θεραπείας, μὲ μοναδικὸν ἀποτέλεσμα τὴν ἐπιβράδυσιν τῆς διαγνώσεως καὶ τὴν ἐπέκτασιν τοῦ ὄγκου, ἐὰν δὲν γίνῃ ἀκνιτολογικὸς ἔλεγχος.

Πλὴν ὅμως ἀρκετὰ ταχέως τὰ ἐνοχλήματα ταῦτα ἐπανέρχονται μὲ κάπως σαφεστέρας ἐκδηλώσεις. Ἐπισταμένη τότε ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις θ' ἀποκαλύψῃ τὸν ὄγκον. Ἐὰν ὅμως ὁ ἄρρωστος δὲν ἀκτινογραφηθῆ καὶ ἐξακολουθῆσῃ διαφόρους «τονωτικὰς θεραπείας», θὰ

ἐπανεῦθη βραδύτερον λόγω κάποιας ἐπιπλοκῆς καὶ μὲ ἀνεγχείρητον πλέον ὄγκον.

Ἡ περιγραφεῖσα κοινὴ κλινικὴ εἰκὼν περιλαμβάνει σύνολον συμπτωμάτων, μὲ τὰ ὁποῖα δύναται νὰ ἐκδηλωθῇ εἰς καρκίνος τοῦ στομάχου. Δυνατὸν ὅμως οὗτος νὰ ἔχῃ ὡς κλινικὴν ἐκδήλωσιν ἔν μόνον ἐκ τούτων.

Δυνατὸν νὰ ἔχωμεν ὡς πρώτην κλινικὴν ἐκδήλωσιν μίαν κοινὴν δυσπεψίαν: βάρους, ἐρυγᾶς, αἴσθημα καύσου, δηλαδὴ συμπτώματα τὰ ὁποῖα ἀποτρέπουν τὴν διάγνωσιν καὶ μόνον ἢ ἐπιμονὴν τῶν γεννᾶ ὑποψίας. Δυστυχῶς ὅμως μία θεραπευτικὴ ἀγωγή ἐξαφανίζει ἐνίοτε τὰ συμπτώματα ταῦτα, μὲ ἀποτέλεσμα τὴν καθησύχασιν ἄρρώστου καὶ ἰατροῦ.

Συχνὰ ἔχομεν ὡς πρῶτον σημεῖον εἰσβολῆς τὴν κλασσικὴν ἀνορεξίαν, ἐπίμονον, προοδευτικὴν ἢ ἀποτόμως ἐμφανιζομένην. Σπανιώτερον ἀντὶ τῆς ἀνορεξίας ὁ ἄρρωστος παρουσιάζει πραγματικὴν βουλιμίαν.

Ἄλλὰ καὶ οἱ ἔμετοι δὲν σπανίζουν ὡς πρώτη ἐκδήλωσις ἐπιμένουν ἀνεξηγήτως, προηγούμενοι τῶν ἄλλων συμπτωμάτων. Σπανιώτερον θὰ παρατηρήσωμεν ναυτίασιν.

Ἐνίοτε ἡ πρώτη ἐκδήλωσις εἶναι μίᾳ δυσφαγίᾳ. Ὁ οἰσοφάγος χαρακτηρίζεται ἀπὸ μερικοὺς συγγραφεῖς ὡς ὁ κατάσκοπος τοῦ στομάχου, δεδομένου ὅτι πολλάκις καὶ ἐπὶ πολὺ χρονικὸν διάστημα αἱ ἐκ τούτου ἐκδηλώσεις εἶναι καὶ αἱ μόναι ἐνὸς λανθάνοντος καρκίνου τοῦ στομάχου. Συνήθως ὁ λανθάνων αὐτὸς καρκίνος ἐδράζεται παρὰ τὸ καρδιακὸν στόμιον, ἐκδηλοῦται δὲ μόνον ὅταν ἐπεκταθῇ πρὸς αὐτό, λόγω τῆς δυσχεροῦς καταπόσεως ἣν προκαλεῖ. Πολλάκις ὅμως ἡ δυσφαγία αὕτη ὀφείλεται εἰς σπασμὸν ἢ εἰς φλεγμονὴν ἐκ καρκίνου μακρὰν τοῦ στομίου κειμένου. Σπανιώτερον ἔχομεν ὡς πρώτην καὶ μοναδικὴν ἐκδήλωσιν λανθάνοντος καρκίνου μίαν ἀεροφογίαν.

Αἱ αἱμορραγικαὶ μορφαὶ παρουσιάζουν ἐξαιρετικὸν ἐνδιαφέρον. Εἰς τὸ κεφάλαιον περὶ γαστρορραγιῶν ἡσχολήθημεν μὲ τὸ θέμα τοῦτο. Ὑπενθυμίζομεν ἀπλῶς, ὅτι ὁ καρκίνος τοῦ στομάχου ἀρκετὰ συχνὰ προκαλεῖ γαστρορραγίας. Κλασσικῶς αὗται εἶναι γνωσταὶ ὡς αἱ μέλαιναί αιματεμέσεις, οἱ λεγόμενοι καφεοειδεῖς ἔμετοι ὀφειλόμενοι εἰς τὴν ἐντὸς τοῦ στομάχου καὶ ἐπὶ μακρὸν παραμονὴν τοῦ αἵματος. Εἶναι δυνατὸν ὅμως ὁ καρκίνος τοῦ στομάχου νὰ ἐκδηλωθῇ αἰφνιδίως διὰ μιᾶς μεγάλης αἱματεμέσεως ἢ μελαίνης. Εἶναι ἐπίσης δυνατὸν ἡ γαστρορραγία αὕτη νὰ προσλάβῃ τὴν περιόδικήν

μορφήν, ὅπως καὶ εἰς τὰ ἔλκη. Ὑποδέεται ὁμως ἐπίσης τὴν ἀναιμικήν μορφήν, μετὰ ἢ ἄνευ μικροσκοπικῆς αἱμορραγίας, δυσχεροῦς διαγνώσεως, δεδομένου ὅτι εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς ὁ ὄγκος ἐντοπίζεται συνήθως παρὰ τὸν πυθμένα τοῦ στομάχου. Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον πρόκειται περὶ ὑποχρώμου ἀναιμίας μὴ ὑποχωρούσης κατόπιν εἰδικῆς θεραπείας (βλ. σ. 229).

Αἱ ἐντερικαὶ διαταραχαὶ ἀποτελοῦν ἀρκετὰ συχνὰ τὸ πρῶτον κλινικὸν σύμπτωμα ἑνὸς καρκίνου τοῦ στομάχου. Τὸ συνηθέστερον εἶναι ἡ δυσκοιλιότης, εἴτε μόνη, εἴτε συνοδευομένη καὶ ἀπὸ ἄλλας στομαχικὰς διαταραχάς. Ἐὰν ἓνα σχετικῶς ἡλικιωμένον ἄτομον, μὲ ἐντερικὴν λειτουργίαν φυσιολογικὴν μέχρι τοῦδε, παρουσιάσῃ ἀποτόμως τὸ φαινόμενον αὐτό, δεόν νὰ ὑποπτευθῶμεν τὸν καρκίνον τοῦ στομάχου. Εἰς ἄλλας περιπτώσεις, ἀντιθέτως, τὸ μοναδικὸν καὶ κυριαρχοῦν σύμπτωμα εἶναι ἡ διάρροια, ἐκδηλουμένη ἅμα τῇ λήψει τροφῆς καὶ ὀφειλομένη συνήθως εἰς τὴν λόγῳ τοῦ καρκίνου ἀχυλίαν. Ἄλλοτε πάλιν ἔχομεν λειεντερικὰ φαινόμενα, δηλαδὴ συνεχῆ διάρροιαν, ὀφειλομένην εἰς γαστροκολικὸν συρίγγιον, δημιουργηθὲν ἐκ τῆς διατρήσεως τοῦ ὄγκου ἐντὸς τοῦ κόλου. Ὅταν ἡ διάρροια δὲν ὀφείλεται εἰς τὰ ἀνωτέρω αἷτια, δεόν ν' ἀποδοθῇ εἴτε εἰς νευρικὸν ἐρεθισμόν, εἴτε εἰς τὴν λόγῳ τοῦ ἐξηλωμένου ὄγκου δημιουργηθεῖσαν φλεγμονὴν τοῦ στομάχου.

Ἡ ἐμπύρετος μορφή ἀποτελεῖ ἐνίοτε τὴν πρώτην ἐκδήλωσιν καὶ οὕτως ἐξελλίσσεται ὁ καρκίνος μέχρις ὅτου διαγνωσθῇ. Ἡ μορφή αὕτη δὲν ἀφορᾷ τοὺς προκεχωρημένους καὶ ἐξηλωμένους καρκίνους, οἵτινες πυρέσσουν. Εἰς τὴν περιγραφομένην περίπτωσιν τὰ χαρακτηρίζοντα τὸν καρκίνον συμπτώματα ἔπονται ἑνὸς πυρετοῦ. Ἡ κατάσταση αὕτη ἐμφανίζεται συνήθως τὸ πρῶτον ὡς μία «γρίπη», συνοδευομένη ἐνίοτε καὶ ἀπὸ μικροὺς πόνους παρὰ τὸ ἐπιγάστριον. Ἡ «γρίπη» παρέρχεται, πλην ὁμως ὁ ἄρρωστος δὲν ἀναλαμβάνει, παραπονεῖται διὰ κόπωσιν, παρουσιάζει ἀπίσχνανσιν καὶ ὁ ὄγκος τοῦ στομάχου δὲν ἀνακαλύπτεται παρὰ μετὰ πάροδον πολλῶν ἑβδομάδων. Εἰς μίαν ἡμετέραν περίπτωσιν ἀφορῶσαν ἄρρωστον ἡλικίας 37 ἐτῶν, ὁ πυρετὸς διήρκει ἐπὶ ἓν ὀλόκληρον σχεδὸν ἔτος μέχρις ὅτου ἀνεκαλύφθη καρκίνος τοῦ πυθμένος τοῦ στομάχου, διὰ τὸν ὁποῖον καὶ ὑπέστη ὀλικὴν γαστρεκτομὴν μετ' ἀφαιρέσεως τοῦ σπληνός καὶ τῆς οὐρᾶς τοῦ παγκρέατος. Ὀλίγους μῆνας μετὰ τὴν ἐγχείρησιν ὁ ἄρρωστος ἐνεφάνισεν ἐκ νέου πυρετόν, ὁπότε διεπιστώσαμεν τὴν ὑπαρξιν ἡπατικῶν μεταστάσεων λόγῳ τῶν ὁποίων καὶ ἀπεβίωσεν (βλ. ἀκτινογραφίαν).

Όταν επομένως ένα άτομον, παραπονούμενον διὰ διάφορα ἢ καὶ ἀκαθόριστα ἐκ τοῦ στομάχου ἐνοχλήματα, ἀναφέρει ὅτι τούτων προηγήθη μία «γριπώδης» κατάστασις, πρέπει νὰ ὑποβληθῇ ἀμέσως εἰς λεπτομερεστάτην ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν. Πρόκειται συνήθως περὶ καρκίνου βραδυτάτης ἐξελίξεως, μὲ σαφῆ τοπικὰ εὐρήματα, ἄνευ ὅμως ἄλλων κλινικῶν ἐκδηλώσεων. Φαίνεται ὅτι κατόπιν γριπώδους λοιμώξεως, εἴτε λόγῳ ἀνεργίας, εἴτε λόγῳ τοπικοῦ ἐρεθισμοῦ, ὁ ὄγκος οὗτος ὑφίσταται ἕνα πραγματικὸν «μαστίγωμα», ὅποτε καὶ ἐκδηλοῦται κλινικῶς.

Ἡ ἀπίσχανσις, κλασσικὸν σύμπτωμα τοῦ καρκίνου, ὅταν ἐκδηλοῦται ὡς πρῶτον τοιοῦτον, ἐμβάλλει συνήθως εἰς ἀνησυχίαν καὶ τὸν ἄρρωστον καὶ τὸ περιβάλλον του. Ἡ ἀπώλεια αὕτη βάρους δυνατὸν ἐπὶ μακρὸν χρονικὸν διάστημα ν' ἀποτελῇ τὸ μοναδικὸν σύμπτωμα ἑνὸς καρκίνου τοῦ στομάχου. Ἀλλὰ καὶ τὸ ἀντίθετον φαινόμενον δὲν εἶναι σπάνιον. Πολλοὶ καρκινοπαθεῖς οὐδεμίαν ἀπώλειαν βάρους ἀναφέρουν, ἢ ἄλλοτε πάλιν, κατόπιν μιᾶς κοινῆς θεραπείας, βλέπουν ν' αὐξάνῃ τὸ βάρος των, ὅποτε καὶ ἡ διάγνωσις τοῦ καρκίνου καθυστερεῖ. Γνωρίζομεν ἐξ ἄλλου περιπτώσεις, κατὰ τὰς ὁποίας, κατόπιν μιᾶς ἀπλῆς λαπαροτομίας λόγῳ ἀνευχειρήτου ὄγκου, ὁ ἄρρωστος αὐτὸς ἐπανευρίσκει τὴν ὄρεξιν του, τὸ βάρος του αὐξάνει, ἐνίοτε ἐξαφανίζονται καὶ αὐτοὶ οἱ πόνοι, δι' ἕνα ὀρισμένον, φυσικὰ, χρονικὸν διάστημα.

γ) Ἐ π ὶ δ υ ν ο ἰ μ ο ρ φ α ῖ : Εἰς τὰς μορφὰς ταύτας ἡ πρῶτος διάγνωσις τοῦ καρκίνου εἶναι δυνατὴ, καὶ εἰς αὐτὰς κυρίως προβάλλει τὸ ζήτημα τῶν σχέσεων μεταξύ ἔλκους καὶ καρκίνου.

Πρῶτος ὁ γάλλος Hayem ὑπεστήριξεν, ὅτι πολλὰ ἔλκη τοῦ στομάχου ὑφίστανται τὴν κακοήθη ἐξαλλαγὴν. Τοῦτο κατεπολέμησεν ἡ Σχολὴ τῆς Λυῶνος, ὑποστηρίξασα ὅτι τὰ ἔλκη οὐδέποτε ὑφίστανται τὴν κακοήθη νεοπλασματικὴν ἐξαλλαγὴν, ἀλλὰ ὅτι πρόκειται περὶ πρωτοπαθῶν καρκίνων, οἱ ὅποιοι καὶ κλινικῶς καὶ ἀνατομικῶς ἐξελίσσονται ὡς ἔλκη. Τὴν ἀντίληψιν ταύτην ἀντικατέστησε τρίτη, σύμφωνα μὲ τὴν ὁποίαν ὁ καρκίνος ἀναπτύσσεται ἐπὶ τοῦ ἔλκους.

Τὸ γεγονός εἶναι ὅτι ὑπάρχουν πρωτοπαθεῖς καρκίνοι ὑποδυόμενοι τὸ ἔλκος, ὅπως ὑπάρχουν καὶ ἔλκη τὰ ὁποῖα ἐξαλλάσσονται εἰς καρκίνον. Τὴν πρῶτην κατάστασιν ὁ Gutmann ὀνομάζει ἐ λ κ ὶ δ η κ α ρ κ ῖ ν ο ν (cancer ulcéiforme), τὴν δὲ δευτέραν ἐ ξ α λ λ α γ ἔ ν ἔ λ κ ο ς (ulcère transformé).

ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ (CANCER ULCÉRIFORME)

Υπό τὸ ὄνομα αὐτὸ θὰ περιγράψωμεν τοὺς καρκίνους ἐκείνους, οἱ ὅποιοι, ἂν καὶ πρωτοπαθεῖς, ἐμφανίζονται κλινικῶς ὡς ἔλκη. Ἐξαιρετικῶς ἐνδιαφέροντες ἀπὸ διαγνωστικῆς ἀπόψεως, συχνοί, ἐκδηλοῦνται ὑπὸ ποικίλην συμπτωματολογίαν :

α) Πόνοι τύπου ἔλκους, ὄψιμοι, ἀλλὰ μὲ ἐξέλιξιν συνεχῆ, ἄνευ τῆς τυπικῆς περιοδικότητος εἰς τὸ ἔτος.

β) Τυπικὸν ἱστορικὸν ἔλκους, ἥτοι περίοδοι πόνων χωριζόμενα ἀλλήλων ἀπὸ περιόδους ἀπολύτου κλινικῆς ἡσυχίας.

γ) Καρκίνος ὑποδύμενος ἐν ἔλκος ἀτύπου μορφῆς.

Ἡ γενικὴ κατάστασις τῶν ἄρρώστων αὐτῶν δὲν ἐπηρεάζεται ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ἄλλοτε πάλιν καὶ σπανιώτερον, ἅμα τῇ εἰσβολῇ, ἐμφανίζονται ὡς βαρέως πάσχοντες. Αἱ μορφαὶ αὗται ἐμφανίζουσι κλινικὰς διαφοράς, δηλαδὴ ποικίλλουσι ὅσον ἀφορᾷ τοὺς πόνους, τὴν περιοδικότητα ἢ τὴν γενικὴν κατάστασιν. Ἀκτινολογικῶς ὅμως, ἐν ἀντιθέσει μὲ ὅ,τι παρατηρεῖται εἰς τὰ ἔλκη, ἡ βλάβη εἶναι μόνιμος, προοδευτικὴ, μὴ ὑποχωροῦσα παρὰ τὰ οἰαδήποτε κλινικὰ συμπτώματα καὶ τὴν κλινικὴν ἐξέλιξιν.

α) Ἡ μὲ συνεχῆ ἐξέλιξιν μορφή αὕτη, συγκεντρώνει τὸν μεγαλύτερον ἀριθμὸν καρκίνων. Οἱ ἄρρωστοὶ ἔχουσι τοὺς κλασσικοὺς πόνους τοῦ ἔλκους τοὺς ἐδραζομένους παρὰ τὸ ἐπιγάστριον καὶ ἐμφανιζομένους 2—4 ὥρας μετὰ τὸ φαγητόν. Οἱ πόνοι οὗτοι παύουσι μὲ τὴν λήψιν τροφῆς ἢ ἀλκαλικῶν. Συνοδεύονται ἐνίοτε ἀπὸ αὐτομάτους ἢ προκληθέντας ὀξίνους ἐμέτους, οἵτινες καταπραῦνουσι τοὺς πόνους. Ἐάν ὅμως ἡ εἰς τὸ 24ωρον περιοδικότης εἶναι τυπικὴ, ἀπουσιάζει ἡ περιοδικότης εἰς τὸ ἔτος. Οἱ ἄρρωστοὶ αὗτοι ὑποφέρουσι καθημερινῶς ἢ σχεδὸν καθημερινῶς καὶ συνεχῶς ἐπὶ μῆνας μέχρις ὅτου γίνῃ ἡ διάγνωσις. Ἡ μεγάλη αὕτη παράτασις, ἡ μεγάλη διάρκεια τῆς πρώτης ταύτης περιόδου πόνων τῆς μὴ ὑποχωρούσης εἰς τὴν θεραπείαν, γεννᾷ ἀμέσως τὴν ὑποψίαν καρκίνου, τὸν ὅποιον θ' ἀποκαλύψῃ ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις.

β. Ἄλλοτε ὁ καρκίνος προσλαμβάνει μορφήν ἐπωδύνου καὶ οὐχὶ συνεχοῦς δυσπεψίας. Τὰ δυσπεπτικά ταῦτα φαινόμενα ὑποδύονται σχετικῶς τὸ ἔλκος, ἄνευ ὅμως τῶν χαρακτηριστικῶν πόνων, μὲ μικρὰς περιόδους ἡρεμίας 1—2 ἡμερῶν, μὲ ἐπανεμφάνισιν τούτων ἅμα τῇ λήξει τῆς θεραπείας, καὶ οἵτινες ποικίλλουσι εἰς ἔντασιν ἀπὸ ἡμέρας εἰς ἡμέραν. Ἄλλοτε ἐπομένως ἔχομεν τὴν κλινικὴν εἰκόνα τοῦ ἔλκους καὶ ἄλλοτε ὄχι, ἐνῶ ἐν τῇ πραγματικότητι ὁ καρκίνος ἐξελλίσσεται σωπηρῶς.

ται σαφώς ή μόνιμος διεύρυνσις τῆς γωνίας τοῦ στομάχου, ἥτις ἐμφανίζεται ὡς ὀρθή τοιαύτη, ἐνῶν ἔπρεπε νά εἶναι ὀξεῖα εἰς τήν ὀρθίαν θέσιν. Ἐπί πλέον παρατηρεῖται μόνιμος διήθησις καί ἀκαμψία τοῦ ἐλάσσονος τόξου τοῦ στομάχου ἀρχομένη ὑπερθεν τῆς γωνίας καί ἐπεκτεινομένη μέχρι καί τῆς βάσεως τοῦ βολβοῦ. Τέλος, τὸ τόξον τοῦτο ἐμφανίζει σαφεῖς ἀνωμαλίας.

Ἐπρόκειτο δηλαδή περί κλασσικοῦ καρκίνου διηθητικῆς μορφῆς. Ἡ ἄρρωστος αὕτη ἐξηκολούθησε νά ὑποφέρει οὕτω περιοδικῶς μέχρι τοῦ Ὀκτωβρίου τοῦ 1952. Ἐκτοτε ἀλγεί συνεχῶς μέχρι τοῦ Ἀπριλίου τοῦ 1953, ὁπότε ἐξητάσθη τὸ πρῶτον παρ' ἡμῶν παραπονουμένη δι' ἀνορεξίαν καί μεγίστην ἀπίσχανσιν. Αἱ γενόμεναι ἐκ νέου ἀκτινογραφίαι δεικνύουσιν ἤδη ἐκτεταμένον νεόπλασμα τοῦ ἐλάσσονος τόξου καί τοῦ σώματος τοῦ στομάχου. Ἡ ἄρρωστος αὕτη ὑπέστη μολαταῦτα ἐπιτυχῶς τήν γαστρεκτομήν καί μέχρι σήμερον ἔχει καλῶς (βλ. ἀκτινογραφίας).

ε) Βλεννογόγιος καρκίνος θραδείας ἐξελίξεως. (Cancer muco-érosif à marche lente).

Πρόκειται περί σπανίας μορφῆς, ἡ ὁποία διεχωρίσθη καί περιεγράφη τὸ πρῶτον ἀπὸ τὸν Gutmann καί τὸν Ivan Bertrand καί ἥτις ἀπεδείχθη ὅτι εἶναι ἐπιθηλίωμα, τὸ ὁποῖον ἔχει προσβάλει ἀποκλειστικῶς καί μόνον τὸν βλεννογόγιον.

Κλινικῶς οἱ ἄρρωστοι οὗτοι παραπονοῦνται διὰ πόνους ὀψίμους τύπου ἔλκους, συνοδευομένους συχνά καί ὑπὸ ἐμέτων οὐχὶ ὀξίνων. Οἱ πόνοι οὗτοι ἐξελίσσονται ἀπὸ πολλῶν ἐτῶν μὲ μικράς καί ἀνωμάλους περιόδους πόνων καί μὲ ἀναλόγους περιόδους ἡρεμίας διαρκείας ὀλίγων ἡμερῶν ἢ καί ἐβδομάδων. Ἡ ὄρεξις εἶναι καλή, ἡ δὲ ἀπίσχανσις παροδική καί ἀσήμεντος ἢ καί ἀνύπαρκτος.

Ἡ ἀκτινολογική ἐξέτασις ἐκπλήσσει κάπως, δεδομένου ὅτι τὰ παρατηρούμενα σημεῖα δὲν εἶναι συνήθη εἰς τοὺς καρκίνους. Διαπιστοῦται μικρά συστολή τοῦ ἐλάσσονος τόξου, τὸ ὁποῖον εἶναι ἀνώμαλον καί μία ἐλαφρά, ἀλλὰ ἀσυνήθης ἔλιξις τοῦ πυλωροῦ. Αἱ εἰκόνας αὗται δὲν ἐξαφανίζονται, παραμένουν μόνιμοι.

Κατὰ τήν χειρουργικήν ἐπέμβασιν ἀνευρίσκεται μία διάβρωσις ἄνευ σκληρόνσεως, ἄνευ διηθήσεως, εὐκαμπτος καί ἐπιπολής. Ἡ διάβρωσις—ἐξέλκωσις αὕτη εἶναι ἐνίοτε λίαν ἐπιμήκης μέχρι καί 5 ἐκ., ἐδράζεται ἐπὶ τοῦ ἐλάσσονος τόξου, ἐπεκτεινομένη ὁμως πρὸς ἀμφότερας τὰς ἐπιφανείας τοῦ στομάχου. Ἐν καί τόσο ἐκτεταμένη εἰς μῆκος, εἶναι τελείως ἐπιπολής. Πράγματι ἡ ἱστολογική ἐξέτασις δεικνύει, ὅτι ἔχουν προσβληθῆ μόνον τὰ ἄνω στρώματα τοῦ βλεννογόνου, ἄνευ οὐδεμιᾶς ἐπεκτάσεως ἐν τῷ βάθει. Ἐν ὀλίγοις πρόκειται περί ἐπιθηλιώματος, τὸ ὁποῖον ἔχει προσβάλει ἀποκλειστικῶς καί μόνον τὸν βλεννογόγιον καί τὸ ὁποῖον μακροσκοπικῶς ἐμφανί-

ζεται ως έκτεταμένη, αλλά λίαν έπιπολής διάβρωσις. Μακροσκοπικώς ή διάγνωσις του καρκίνου είναι αδύνατος.

Β' ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΚΜΗΣ (ΚΛΑΣΣΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ)

Ή περίοδος αύτη χαρακτηρίζεται κυρίως κλινικώς μέν από την έπιδεινωσιν όλων των προηγουμένως περιγραφέντων συμπτωμάτων, από την σαφήνειαν τούτων, και άφ' έτέρου από τάς κλασσικάς άκτινολογικάς εικόνας, αι όποίαι έρμηνεύουν συνήθως ένα άνεγγχείρητον πλέον όγκον. Ή κλινική και άκτινολογική εικών άντιστοιχοϋν εις τον Ιστορικόν ούτως είπειν καρκίνον του στομάχου, άνεγγχείρητον ως επί τό πλείστον.

Τήν μορφήν ταύτην παρατηρούμεν είτε εις περίπτωσιν λανθάνοντος καρκίνου, είτε διότι ό άρρωστος δέν προσήλθεν έγκαίρως είτε διότι έπεσε θύμα διαγνωστικού σφάλματος. Τά συμπτώματα ταυτα δυνατόν νά συνυπάρχουν, διαγράφοντα τοιουτοτρόπως μίαν χαρακτηριστικήν κλινικήν εικόνα. Δυνατόν όμως και ή έκδήλωσις νά είναι μόνον συμπτωματική, όποτε ό άρρωστος παρουσιάζει μεγάλην μόνον άπίσχανσιν, άχυρόχρουν όψιν ή μεγάλην άνορεξίαν. Συνήθως τά εις την προηγουμένην περίοδον άβληχρά συμπτώματα ένταυθα έπιδεινούνται. Ούτως οι πόνοι σύξάνουν εις έντασιν, οι έμετοι είναι συχνοί και ένιote αιμορραγικοί, ή άπίσχανσις και ή άνορεξία έκδηλοι. Παρατηρούνται επί πλέον φαινόμενα άναιμίας, ήτοι ίλιγγοι, ταχυκαρδία, δύσπνοια κοπώσεως, ώχρότης, ύπότασις. Ή αιματολογική εξέτασις άποκαλύπτει μίαν έκσεσημασμένην ύπόχρωμον άναιμίαν, προσδευτικήν, μη βελτιουμένην διά της χορηγήσεως σιδήρου ή κατόπιν μεταγγίσεων. Σπανιώτερον ό άρρωστος ούτος θά έμφανίση οίδήματα των κάτω άκρων, του όσχεου, των βλεφάρων, συνοδευόμενα και ύπό ύδροθώρακος ή άσκιτικού ύγρου.

Άλλοτε πάλιν τά συμπτώματα είναι λίαν άβληχρά και ό άρρωστος προσέρχεται πρός έξέτασιν, διότι παρετήρησεν όγκον παρά τό έπιγάστριον.

Ή έξέτασις του άρρώστου κατά μέν την περίοδον της είσβολής είναι τελείως άρνητική. Άλλά και κατά την περίοδον της άκμής είναι δυνατόν ν' άποβή άρνητική. Άρχικώς ή ψηλάφησις άποκαλύπτει μίαν έντετοπισμένην άντίστασιν, μίαν έν τῷ βάθει σκληρύρυσιν. Αύτη κατά την βαθείαν είσπνοήν και ένιote καλύτερον του άρρώστου καθημένου, άποκαλύπτει μίαν άκαθόριστον, εύκίνητον, άνώδυνον και διολισθαίνουσαν σκληρίαν. Ό όγκος ούτος δυνατόν νά ψηλαφηθῆ πρωίμως εις άτομα μέ μεγάλην Ισχύνητα.

Όταν ό όγκος καθίσταται πλέον σαφής, έπομένως και ψηλαφη

τόν νωτιαῖον μυελόν προκαλοῦσαι σπαστικήν παραπληγίαν, εἰς τὸ δέρμα, εἰς τὰ ἐπινεφρίδια καὶ τέλος εἰς τὰς ῥοθῆκας, ὡς ὄγκοι τοῦ Krükenberg.

Ἐὸ ὄγκος τοῦ στομάχου δύναται νὰ ἐπεκταθῆ εἰς παρακείμενα ὄργανα, ὅπως τὸ πάγκρεας, τὸν σπλῆνα, διὰ δὲ τῆς λεμφατικῆς ὁδοῦ νὰ καταλάβῃ τὰ π ρ ο σ ο ρ τ ι κ ἄ γ ἄ γ γ λ ι α μ ἔ κ δ ῆ λ ω σ ι ν τοὺς φρικτοὺς πόνους καὶ σπανιώτατα τὸν θ ω ρ σ κ ι κ ὸ ν πόρον. Ἐὸ δευτεροπαθῆς οὔτος καρκίνος τοῦ πόρου χαρακτηρίζεται ἀπὸ λευκὸν καὶ σκληρὸν οἴδημα τῶν κάτω ἄκρων, τῶν κοιλιακῶν τοιχωμάτων, τοῦ ἀριστεροῦ ἡμιθωρακίου, τοῦ ἄνω ἀριστεροῦ ἄκρου. Συνοπάρχει πλευριτικὸν ὑγρὸν ἀριστερά, ἀσκήτης καὶ κατάληψις τοῦ ἀδέ- νος τοῦ Troisier.

Ἰδιαίτερα μορφή μεταστάσεων εἶναι ἡ εἰς τὸ ὄ ρ θ ὸ ν ἐντόπισις, χαρακτηριστικὴ τοῦ πρωτοπαθοῦς καρκίνου τοῦ στομάχου. Ἡ ἐντό- πισις ὁμῶς αὕτη παρατηρεῖται κυρίως κατὰ τὴν κακοήθη πλαστικὴν λινίτιδα, εἴτε ὡς μεμονωμένη εἴτε ὡς συνυπάρχουσα καὶ μὲ ἄλλας ἐντοπίσεις κατὰ μῆκος τοῦ πεπτικοῦ σωλῆνος. Ἐκδηλοῦται εἴτε ὑπὸ μορφήν περιορισμένης ὑποβλεννογονίου διηθήσεως μὲ ἀνέπαφον βλεννογόνον, εἴτε ὑπὸ μορφήν στενώσεως τοῦ ὄρθου.

ΤΟ ΕΞΑΛΛΑΓΕΝ ΕΛΚΟΣ (ULCÈRE TRANSFORMÉ)

Τὸ πρόβλημα τῆς κακοήθους ἐξαλλαγῆς ἑνὸς ἔλκους τοῦ στομά- χου—δεδομένου ὅτι ἀνάλογον πρόβλημα διὰ τὰ ἔλκη τοῦ δωδεκαδα- κτύλου δὲν ὑπάρχει—εἶναι ἀπὸ τὰ πλέον δύσλυτα, ἀπὸ τὰ πλέον ἐν- διαφέροντα καὶ ἀπασχολεῖ ἀπὸ ἐτῶν ὄλας τὰς εἰδικότητας τῆς Ιατρι- κῆς. Ἀκόμη καὶ σήμερον συζητεῖται ἀπὸ πολλοὺς ὄχι ἡ συχνότης τῆς, ἀλλὰ αὕτη αὕτη ἡ ὑπαρξίς τῆς. Πράγματι, μερικοὶ τὴν ἀρνοῦνται, ἄλλοι δὲ τὴν θεωροῦν σπανιωτάτην. Θὰ πρέπη ὁμῶς νὰ δοθῆ μία ὀριστικὴ κατεύθυνσις εἰς τὸ θέμα αὐτό, δεδομένου ὅτι ἡ πρόγνωσις ἑνὸς ἔλκους τοῦ στομάχου σκιαζεται ἀπὸ τὸν συνεχῆ ἐφιάλτην τῆς ἐξαλλαγῆς, οὕτως ὥστε πολλοὶ Ιατροὶ νὰ διστάζουν εἰς τὴν ἐφαρ- μογὴν μιᾶς φαρμακευτικῆς θεραπείας, συνιστῶντες τὴν ἄμεσον γασ- τρεκτομήν, ἐνῶ ἄλλοι, ἀδιαφοροῦντες διὰ τὴν ἐξαλλαγὴν, ἀποτρέ- πουν κάθε χειρουργικὴν ἐπέμβασις.

Ἐξ ὄλων τῶν νεωτέρων ἐργασιῶν προκύπτει, ὅτι ἡ κακοήθης ἐξαλ- λαγὴ ὑπάρχει. Μία προσεκτικὴ ἐξέτασις, κλινικὴ καὶ ἀκτινολογικὴ, ἐπιτρέπει νὰ συλλάβῃ τις τὴν ἐξαλλαγὴν ταύτην εἰς τὸ ἀρχικὸν τῆς στάδιον. Διάφοροι παθολογοανατομικαὶ ἐργασίαι ἀπέδειξαν πρᾶ- γματι τὴν ἀναμφισβήτητον ὑπαρξίς τῆς ἐξαλλαγῆς. Δυνάμεθα ἐπομέ- νως νὰ τὴν παραδεχθῶμεν καὶ τὸ μόνον εἰσέτι συζητήσιμον σημεῖον

είναι ή συχνότης της. Είς τό έρώτημα αυτό ή άπάντησις δέν είναι και τόσο εύχερης. Οι άριθμοί των διαφόρων συγγραφών ποικίλλουν. Ούτως ό Γάλλος Ιvan Bertrand, μελετών παθολογοανατομικώς 159 έλκη τοῦ στομάχου, διεπίστωσεν ότι 33 έξ αυτών είχαν ύποστη τήν κακοήθη έξαλλαγήν, ήτοι είς άναλογίαν 20% περίπου. "Άλλαι πρόσφατοι Άμερικανικαί στατιστικαί άναβιβάζουν ταύτην είς 10-12%. Έν Άμερική επίσης ήρευνήθη τό 1952 έν τή Mayo Clinic τό θέμα τής έξαλλαγής. Κατά τό χρονικόν διάστημα 1940—45 υπεβλήθησαν είς φαρμακευτικήν άγωγήν 464 περιπτώσεις καλοήθων, φαινομενικώς τουλάχιστον, έλκων. Μετά μίαν πενταετίαν άνευρέθησαν τά ίχνη 452 άρρώστων, διά 38 όμως έκ των όποιων δέν έπετεύχθησαν λεπτομερεΐς πληροφοριαί. Έπί των 414 ύπολειπομένων οί 309 δέν ώφελήθησαν έκ τής θεραπείας. Έκ τούτων ένα ποσοστόν 35,8% υπεβλήθη είς έγχείρησιν. Είς τούτους μετά μίαν πενταετίαν έξεδηλώθη καρκίνος είς ποσοστόν 4,9%, ένώ ίσον ποσοστόν άρρώστων μή χειρουργηθέντων είχαν έξ αρχής καρκίνον έξελισσόμενον επί πενταετίαν. Έκ τής Άμερικανικής ταύτης στατιστικής προκύπτουν τά έξής ένδιαφέροντα: α) Ένα 5% έλκων φαινομενικώς καλοήθων είναι καρκίνοι βραδέως έξελισσόμενοι. β) Μετά μίαν πενταετίαν ένα άλλο 5% παρουσιάζει καρκίνον τοῦ στομάχου. Τό παλαιόν έπομένως θέμα, εάν ύπάρχη ή όχι κακοήθης έξαλλαγή άποκτιά άκαδημαϊκόν και μόνον χαρακτήρα. Τό προκϋπτον συμπέρασμα είναι, ότι επί 100 έλκων τοῦ στομάχου τά 5 είναι καρκίνος και ότι τά άλλα 5 μετά ένα βραδύ χρονικόν διάστημα θα έξελιχθούν είς καρκίνον.

Αί διαφοραί τάς όποιás παρουσιάζουν αί ποικίλαι στατιστικαί όφείλονται είς τό διάφορον ύλικόν έκ τοῦ όποιου προέρχονται, τόσοσν ώστε νά μās δίδουν τούς άριθμούς 0—73%. Δέν δυνάμεθα όμως νά βασισθώμεν, όσον άφορᾷ τήν συχνότητα, επί των παλαιότερων στατιστικων, άκόμη και όταν αυται είναι ακριβείς, έφ' όσον έκ τής βιολογίας γνωρίζομεν ότι όλαι αί νόσοι, είς βραχύ σχετικώς χρονικόν διάστημα, έξελίσσονται και άπό μορφολογικής άπόψεως και άπό άπόψεως συχνότητος. Τό αυτό φαινόμενον παρατηρεΐται πιθανώτατα σήμερα και με τά έξαλλαγέντα έλκη. Προπολεμικώς ή συχνότης των ήτο πολύ μεγαλυτέρα άπό ό,τι σήμερα, γεγονός διαπιστούμενον και άπό αυτούς τούς παθολογοανατόμους. Τοῦτο προκύπτει άπό έρευναν γενομένην είς τό γαστροεντερολογικόν τμήμα τής Salpêtriêre των Παρισίων ύπό τοῦ Gordan.

Κατά τήν τελευταίαν δεκαετίαν παρατηρήθησαν όλίγαι γνήσια περιπτώσεις έξαλλαγής, ένώ τούναντίον διεπιστώθη πολύ μεγαλύ-τερος άριθμός περιπτώσεων έλκώδους καρκίνου.

Μεγίστη σημασία αποδίδεται εις την τοπογραφικήν θέσιν του έλκους, όσον άφορᾷ την έξαλλαγήν. Τά έλκη τά όποια ύφίστανται ταύτην έντοπίζονται κυρίως επί τής όριζοντίας μοίρας του έλάσσονος τόξου του στομάχου, από του πυλωρου μέχρι και τής γωνίας συμπεριλαμβανομένης. Ούτως, έξαιρέσει τής χώρας παρά τό καρδιακόν στόμιον, τά έλκη τής καθέτου μοίρας ούδέποτε ύφίστανται την κακοήθη έξαλλαγήν (Guimann). Καί πράγματι δέν άνεφέροντο μέχρι πρό τιнос τοιαύται περιπτώσεις. Εις την προαναφερθεϊσαν όμως έρευναν του Γάλλου συγγραφέως Gordan, μαθητου και αυτου του Guimann, άναφέροντα 7 έξηκριβωμένοι περιπτώσεις έξαλλαγέντων έλκων. Έκ τούτων τά τρία ήδραζοντο επί τής όριζοντίας μοίρας του έλάσσονος τόξου, δύο επί τής καθέτου μοίρας, έν επί του έλάσσονος τόξου άμέσως υπό τό καρδιακόν στόμιον και έν επί του έλάσσονος τόξου, του όποιου όμως ή άρχική έντόπισις δέν κατωρθώθη νά διαπιστωθῆ. Έπομένως ή κακοήθης έξαλλαγή άφορᾷ όλα τά έλκη του στομάχου, μέ μεγαλυτέραν όμως συχνότητα τά τής όριζοντίας μοίρας. Μολαταύτα αϊ δημοσιευθεϊσαι περιπτώσεις άθθεντικων έξαλλαγέντων έλκων είναι σχετικώς όλίγαι, ώστε νά μη είναι δυνατόν ν' άποδοθῆ μεγάλη στατιστική άξια από τοπογραφικής άπόψεως.

Διά τόν Guimann, έλάχιστα ένδιαφέρει τό θεωρητικόν ποσοστόν τής έξαλλαγής εις καλώς ή κακώς χαρακτηρισθέντα ως έλκη του στομάχου. Διαπιστοῦται λόγου χάριν ή ύπαρξις ενός έλκους του στομάχου, τό όποιον και υποβάλλεται εις θεραπείαν. Έάν τουτο έξαφανισθῆ, παύει και νά μάς ένδιαφέρη. Έάν τούναντίον δέν λαθῆ, εϊμεθα τότε υποχρεωμένοι νά τό χειρουργήσωμεν. Έπί τών έλκων αυτών, τά όποια δέν υπεχώρησαν εις μίαν έντονον θεραπευτικήν άγωγήν και ως έκ τούτου χειρουργοῦνται, πρέπει νά βασίζεται και ή στατιστική, διότι τότε μόνον είναι δυνατή μία άκριβής ιστολογική διάγνωσις. Έπί 4 τοιούτων χειρουργουμένων περιπτώσεων αϊ δύο άφορουں συνήθως καλοήθη, χρόνια και άνίατα έλκη, ή μία έξαλλαγέν έλκος, και ή τετάρτη πρωτοπαθη καρκίνον υποδύομενον τό έλκος.

Η έξαλλαγή είναι πολύ πλεον συχνή εις τόν άνδρα παρά εις την γυναϊκα. Καί αϊ 7 προαναφερθεϊσαι περιπτώσεις, ως και αϊ περισσότεραι έκ τών άθθεντικων έξαλλαγών, άφορουں άνδρας διατρέχοντας την μέσην ηλικίαν. Δεδομένου δε ότι τό έλκος προσβάλλει νέα την ηλικίαν άτομα, θα πρέπει νά παραδεχθώμεν, ότι ύπάρχει μία ηλικία διά την καρκινοποίησιν τών έλκων, ητις προσεγγίζει την παρατηρουμένην εις τούς καρκίνους του στομάχου. Εις μίαν περι-

πτωσιν, ἔν ἔτος μετὰ τὴν ἐξαλλαγήν, ὁ ἄρρωστος παρουσίαζε πρωτοπαθῆ καὶ λίαν ἐξειλιγμένον καρκίνον τοῦ ὀρθοῦ, ὥστε νὰ διδῆ τὴν ἐντύπωσιν ὅτι ἐνεφανίσθη συγχρόνως μὲ τὴν ἐξαλλαγήν τοῦ ἔλκουσ. Φαίνεται δηλαδὴ ὡς ἐάν τὸ ἔλκος νὰ χρησιμεύῃ ὡς ἐστία τοῦ καρκίνου εἰς ἔν ἄτομον μὲ τὴν ἀνάλογον προδιάθεσιν.

Ἐκ τῆς ἱστολογικῆς ἀπόψεως ὑπάρχουν ὠρισμένα κριτήρια ἀπαραιτήτα διὰ τὴν διάγνωσιν τῆς ἐξαλλαγῆς. Εἰς τὰ προκεχωρημένα ὅμως στάδια τὸ πᾶν ἔχει καταληφθῆ ἀπὸ τὸν καρκίνον καὶ μόνον εἰς τὸ ἀρχικὸν στάδιον, ἢ εἰς ὠρισμένας εἰδικὰς ἀνατομικὰς μορφάς, ὅπου ἡ ἐξαλλαγὴ ἐκκινήσασα ἔκ τινος χεῖλους τοῦ ἔλκουσ διεσπάρη μακρὰν τούτου μὴ μεταβάλλουσα τὴν ἱστολογικὴν εἰκόνα τοῦ ἔλκουσ, εἶναι δυνατὴ ἡ διάγνωσις τῆς ἐξαλλαγῆς.

Διὰ τὴν διάγνωσιν ἑνὸς ἐξαλλαγέντου ἔλκουσ ὑπάρχει σύνολόν τι κλινικῶν καὶ ἀκτινολογικῶν σημείων. Ἄν καὶ ἔχη ὅμως ἐπέλθει ἡ ἐξαλλαγὴ, ἡ κλινικὴ εἰκὼν ἐλάχιστα μεταβάλλεται καὶ ὡς ἐκ τούτου οὐδόλως ὑποβοηθεῖται ἡ διάγνωσις. Ἐπίσης τὰ συμπτώματα δὲν εἶναι πάντοτε παθολογικὰ μίᾳς ἐξαλλαγῆς, δεδομένου ὅτι παρατηροῦνται τὰ αὐτὰ εἰς περίπτωσιν τυλώδους ἔλκουσ, ἐπιμεμολυσμένων ἔλκων, ἀλλὰ καὶ καλοήθων. Ὁ συνδυασμὸς κλινικῶν συμπτωμάτων καὶ ἀκτινολογικῶν σημείων εἶναι ἐκείνου ὅστις θὰ μᾶς ὑποδείξῃ τὴν τηρηθησομένην θεραπευτικὴν ἀγωγὴν.

Κ λ ι ν ι κ ῆ ε ἰ κ ῶ ν. 1) Τυπικὴ μορφή. Αὕτη ἀφορᾷ τὰ ἔλκη μὲ παλαιὸν τυπικὸν ἱστορικὸν καὶ εἰς τὰ ὁποῖα ἡ ἐξαλλαγὴ ἐπέρχεται κατὰ πρόσφατόν τινα περιόδον πόνων.

Τὸ χαρακτηριστικὸν σημεῖον τῶν περιπτώσεων αὐτῶν εἶναι ἡ ἔκδηλος διαφορὰ μεταξὺ τῶν προηγηθεισῶν περιόδων πόνων καὶ τῆς παρούσης τοιαύτης. Πράγματι, ἐρευνῶντες τὸ ἱστορικὸν τοῦ ἄρρωστου τούτου, πληροφοροῦμεθα ὅτι οὗτος ἐνεφάνιζε περιόδους πόνων βραχείας καὶ περιορισμένης διάρκειας. Παραδείγματος χάριν αἱ προηγηθεῖσαι ἐπώδυνοι περίοδοι διήρκουν 15—30 ἡμέρας. Ἦδη παρατηροῦμεν, ὅτι ἡ τελευταία παρατείνεται εἰς διάρκειαν, ὁ ἄρρωστος μᾶς ἐξακολουθεῖ νὰ ὑποφέρῃ, παρὰ τὸ γεγονός ὅτι ἔχουν παρέλθει δύο, τρεῖς ἢ καὶ ἕξ μῆνες ἀπὸ τῆς εἰσβολῆς.

Ἡ ἀνώμαλος αὕτη παράτασις τῆς ἐπώδυνου περιόδου εἶναι ἐξαιρετικῶς ὑποπτος. Ἡ θεραπεία θὰ ἐνταθῆ καὶ ὁ ἄρρωστος θὰ παρακολουθητῆ συστηματικῶς καὶ συνεχῶς δι' ἀκτινογραφικῶν.

Οἱ εἰς τὸ 24ωρον χαρακτηῆρες τῶν πόνων μεταβάλλονται. Ἐκ τῆς ὀψίμων ἐμφανίζονται ὡς λίαν πρῶϊμοι, ἀμέσως μετὰ

τὸ φαγητόν, αὐξάνουν εἰς ἔντασιν, δὲν καταπραῖνονται εὐκόλως. Καὶ ἐνῶ γενικῶς ὁ ἔλκοπαθὴς ἀνακουφίζεται μὲ τὴν λήψιν τροφῆς, ὁ καρκίνοπαθὴς τρώγει καὶ ὑποφέρει.

Ἡ ἀνορεξία, φαινόμενον ἀρκετὰ σύνηθες καὶ εἰς τοὺς ἔλκοπαθεῖς, ἀνησυχεῖ μολαταῦτα, ἰδίως ὅταν συνυπάρχη μὲ τὴν παράτασιν τῶν πόνων. Δυνατὸν ὅμως ν' ἀπουσιάζη τελείως

Ἡ σύγχρονος μετὰ τῆς ἀνορεξίας **ἀπίσχυανσις** δὲν ἔχει ἰδιαιτέραν σημασίαν, ἐὰν καὶ ἐφ' ὅσον περιορίζεται συγχρόνως καὶ ἡ ποσότης τῆς τροφῆς. Ἀποκτᾷ ὅμως ἰδιαιτέραν διαγνωστικὴν ἀξίαν, ὅταν ἐπισυμβαίη εἰς ἄρρωστον μὲ καλὴν ὄρεξιν.

Ἡ **ὀψις** τοῦ ἀρρώτου δυνατὸν ἐπίσης ν' ἀλλοιωθῇ. Ἄν καὶ ὠχρὸς, δὲν παρουσιάζει αἱματολογικὰς ἀλλοιώσεις. Ἀντιθέτως ὅμως, ἡ ἄνευ ἀλλοιώσεως τῆς ὄψεως συνεχῆς ἐλάττωσις τῶν ἐρυθρῶν αἵμοσφαιρίων, χωρὶς νὰ συνυπάρχουν ἐπίμονοι μικροσκοπικαὶ αἱμορραγίαι, ἀποκτᾷ ἰδιαιτέραν διαγνωστικὴν σημασίαν.

Αἱ μικροσκοπικαὶ αἱμορραγίαι ἔχουν μεγίστην διαγνωστικὴν ἀξίαν, ὅταν συνεχίζονται, παρὰ τὴν θεραπείαν, τὴν δίαιταν καὶ τὴν ἀνάπαυσιν. Ἡ ἀπουσία των ὅμως δὲν ἀποκλείει τὴν διάγνωσιν.

Περιληπτικῶς ἐπομένως θὰ ὑποπτευθῶμεν μίαν ἐξαλλαγήν, ὅταν μίᾳ ἐπώδυνος περίοδος δὲν ἴσται εἰς τὰ συνήθη χρονικὰ ὄρια, ἀλλὰ παρατείνεται, ὅταν παρὰ τὴν θεραπείαν οἱ πόνοι μεταβάλλουν ὥραριον καὶ χαρακτηρῆα ἢ ἐπαναλαμβάνονται κατόπιν παροδικῆς βελτιώσεως λόγω συνεχιζομένης ἢ διακοπείσης θεραπείας, ὅταν οἱ πόνοι ἐπιδεινοῦνται ἢ συνοδεύονται ὑπὸ ἀνορεξίας ἢ ἀνωμάλου καταβολῆς τῶν δυνάμεων, ὅταν συνυπάρχουν μικροσκοπικαὶ αἱμορραγίαι. Τὰ ὡς ἄνω σημεῖα ἀποτελοῦν σῆμα κινδύνου, τὸ ὁποῖον θὰ πρέπη νὰ μᾶς καταστήσῃ προσεκτικούς, ὥστε νὰ προβῶμεν εἰς τὴν ἄμεσον ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν.

Ἡ κατωτέρω περίπτωσις ἡμετέρου ἀρρώστου εἶναι λίαν χαρακτηριστικὴ καὶ ἐπιβεβαιοῖ ἀπολύτως τὰ ἄνω ἐκτεθέντα :

Πρόκειται περὶ νέου, ἡλικίας 27 ἐτῶν, τὸν ὁποῖον ἐξητάσαμεν τὴν 17-10-1952. Οὗτος πρὸ τριετίας παρεπονέθη τὸ πρῶτον δι' αἰσθημα καύσου καὶ πόνους ἐδραζομένους κατὰ τὸ ἐπιγάστριον, ἐπερχομένους ὀλίγας ὥρας μετὰ τὸ φαγητόν, συνολικῆς διαρκείας 20 περίπου ἡμερῶν. Ἐν συνεχείᾳ ἐπηκολούθησε περίοδος ἀπολύτου ἡρεμίας διαρκείας 2½ ἐτῶν. Ἦδη ἀπὸ μηνὸς παραπονεῖται δι' ἰσχυροὺς πόνους κατὰ τὸ ἐπιγάστριον. Ἀκτινογραφίαι γενόμεναι εὐθὺς ἀμέσως δεικνύουν ἐπὶ τῆς καθέτου μοίρας τοῦ ἐλάσσονος τόξου τοῦ στομάχου μίαν εὐμεγέθη φωλεάν, κάπως ἀνώμαλον, δίδουσαν τὴν

εικόνα διατιτραίνοντος Ξλκους. Παρατηρείται ἐπὶ πλέον ἔλξις τοῦ πυλωροῦ πρὸς τὰ ἀριστερά.

Τὸν ἄρρωστον τοῦτον ὑποβάλλομεν εἰς θεραπείαν, χάρις εἰς τὴν ὁποίαν ἐπὶ δύο μῆνας ἔχει καλῶς. Ἐν συνεχείᾳ παραπονεῖται ἐκ νέου δι' ἀβληχρούς πόνους κατὰ τὸ ἐπιγαστριον ἐπερχομένους 1—3 ὥρας μετὰ τὸ φαγητόν. Ἡ δευτέρα σειρά ἀκτινογραφιῶν δεικνύει τὴν αὐτὴν εἰκόνα φωλεᾶς, ἥτις περιβάλλεται ἀπὸ οἰδηματώδη ἄλω. Κατόπιν τούτου ὑποβάλλεται εἰς ἔντονον πρωτεϊνοθεραπείαν ἐπὶ ἓνα περίπου μῆνα, ἥτις ὁμως οὐδεμίαν ἐπιφέρει σημαντικὴν κλινικὴν βελτίωσιν. Ἡ γενομένη τρίτη σειρά ἀκτινογραφιῶν δεικνύει τὴν αὐτὴν εἰκόνα. Λαμβάνοντες ὑπ' ὄψιν ἀφ' ἑνὸς μὲν τὴν μὴ βελτίωσιν τῶν κλινικῶν συμπτωμάτων, ἀφ' ἑτέρου δὲ καὶ κυρίως τὴν ἐπιμονὴν τῶν ἀκτινολογικῶν εὐρημάτων, συνιστῶμεν τὴν ἀμεσον χειρουργικὴν ἐπέμβασιν. Ἐγένετο εὐρεῖα γαστροεκτομὴ (Καθ. Ν. Χρηστάς), κατὰ τὴν ὁποίαν ἀπεκαλύφθη εὐμεγέθης ἐξέλκωσις καταλαμβάνουσα τὸ ἄνω τμήμα τῆς καθέτου μοίρας τοῦ ἐλάσσονος τόξου, ἐπεκτεινομένη πρὸς τὴν ὀπισθίαν ἐπιφανείαν, ἥτις ἦτο στερρῶς προσκεκολλημένη πρὸς τὸ πάγκρεας. Μακροσκοπικὴ διάγνωσις: Ξλκος τοῦ ἐλάσσονος τόξου τοῦ στομάχου, διατιτραίνομενον ἐντὸς τοῦ παγκρέατος. Ἡ ἱστολογικὴ ὁμως ἐξέτασις, γενομένη ἀπὸ τὸν καθ. κ. Ἐλευθερίου, μᾶς ἐξέπληξεν ἄρκετά, ἀφ' ἑνὸς μὲν λόγῳ τῆς ἐντοπίσεως τοῦ Ξλκους ἐπὶ τῆς καθέτου μοίρας, ὅπου ὡς εἶδομεν ἡ ἐξαλλαγὴ εἶναι σπανιώτατη, καὶ ἀφ' ἑτέρου λόγῳ τῆς ἡλικίας τοῦ ἀρρώστου (βλ. ἀκτινογραφίας).

Πράγματι ἡ ἱστολογικὴ ἐξέτασις ἔχει ὡς ἑξῆς: Τὸ ἀποσταλὲν τμήμα τοῦ στομάχου (διαστάσεως ἐπὶ τοῦ μείζονος τόξου 32 καὶ ἐπὶ τοῦ ἐλάσσονος 12 ἐκ.) παρουσιάζει ἐπὶ τοῦ τελευταίου τούτου ὡς καὶ ἐπὶ τῆς προσκειμένης μοίρας τῆς ὀπισθίας ἐπιφανείας, εἰς ἀπόστασιν δὲ 9 ἐκ. ἄνωθεν τοῦ πυλωρικοῦ σφικτήρος, ἔγκαρσίως φερόμενον ἑλλειψοειδὲς Ξλκος διαστάσεων $2 \times 1\frac{1}{2}$ ἐκ. Ὁ πυθμὴν τοῦ Ξλκους τούτου, ἀρκούντως βαθύς, ἐξικνεῖται μέχρι τῆς ἐξωτερικῆς ἐπιφανείας ἀποτελούμενος ἐκ σκληροῦ, οὐλώδους ἴστοῦ. Τὰ χεῖλη εἶναι ὡσαύτως ὑπόσκληρα, ἐκ τούτων δὲ τὸ μὲν καρδιακὸν καὶ πυλωρικὸν εἶναι ἐλαφρῶς ἐπηρμένα, ἐνῶ τὰ πλάγια τοιαῦτα ἀποσβέννυνται βαθμιαίως πρὸς τὸν περίρι βλενογόνον.

Ἱστολογικῶς παρατηρεῖται ἀρκούντως ἐκσεσημασμένη ὑπερτροφία καὶ ὑπερπλασία τῶν κατὰ τὰ χεῖλη τῆς ἐλκώσεως ἀδενίων. Εἰς τινὰ θέσιν τὰ ὑπερπλασθέντα ταῦτα ἀδένια καθίστανται λίαν ἀκανόνιστα, ἀναπτύσσονται διηθητικῶς ἐντὸς τῆς ἐπιπολής μοίρας τοῦ ὑποβλενογονίου χιτῶνος, ἐπενδύονται δὲ ὑπὸ κυβοειδῶν ἢ κυλιδρικῶν ἐπιθηλίων, παρουσιάζοντων σαφεῖς χαρακτῆρας νεοπλασματικῆς ἀτυπίας. Παρέχεται οὕτω πλήρως ἡ εἰκὼν καρκινωματοῶν βλαστῶν. Παρατηροῦνται ἐπίσης κατὰ τὰ χεῖλη τῆς ἐλκώσεως μετρίως πυκναὶ φλεγμονώδεις λευκοκυτταρικαὶ διηθήσεις, ὡς καὶ ἰκανὴ ἀνάπτυξις συνδετικοῦ ἴστοῦ. Μείζων τοιαύτη ἀνάπτυξις παρατηρεῖται κατὰ τὸν πυθμῆνα τῆς ἐλκώσεως, ὅστις ἀποτελεῖται ἐκ πυκνοῦ, οὐλώδους συνδετικοῦ ἴστοῦ ἐπικαλυπτομένου ἐν μέρει ὑπὸ νεκρωτικῶν ἐξιδρωμάτων. Καρκινωματοῦδη στοιχεῖα κατ' αὐτὸν δὲν ἀνευρέθησαν.

Τὸ λοιπὸν τοίχωμα τοῦ στομάχου παρουσιάζει μετρίως ἐκσεσημασμένην πάχυνσιν ἐν τῷ συνόλῳ του. Ὁ βλενογόνος παρουσιάζει ἐλαφρῶς μόνον ἐπηρμένας πτυχάς, εἶναι ὁμως ἐντονώτατα ὑπεραιμικὸς καὶ κατάσπαρτος ὑπὸ μικρῶν αἱμορραγικῶν στίξεων.

Ἐπὶ ἐνός (ἐκ δύο) συνεξαιρεθέντων λεμφαδένων τοῦ ἐλάσσονος τόξου

τοῦ στομάχου (μεγέθους μέχρις ἐρεβίνθου) ἀντιστοιχοῦντων εἰς τὸν πυθμένα τῆς ἐλκώσεως, ἀνευρέθησαν ἱστολογικῶς μικραὶ σχετικῶς καρκινωμάτωδεις βλάσται σωληνώδους τύπου, ἐντοπιζόμεναι κατὰ τὴν περιφερικὴν αὐτῶν μοῖραν. Κατὰ τὴν λοιπὴν μοῖραν τοῦ λεμφαδένου τούτου, ὡς καὶ κατὰ τὸν ἕτερον λεμφαδένα, παρατηρήθησαν μετρίως ἐκσεσημασμένοι ἀλλοιώσεις ἀπλῆς, χρονιζούσης λεμφαδενίτιδος.

Συμπέρασμα: Χρόνιον, διατιτραῖνον ἕλκος ἐλάσσονος τόξου στομάχου, παρουσιάζον εἰς τινα θέσιν τῶν χειλέων αὐτοῦ καρκινωμάτωδη ἐξαλλαγήν (μετάπτωσης εἰς σωληνώδες ἀδενοκαρκίνωμα). Μικραὶ σχετικῶς καρκινωμάτωδεις μεταστάσεις ἐπὶ ἐνός τῶν συνεξαιρεθέντων λεμφαδένων. Μετρίως ἐκσεσημασμένοι ἀλλοιώσεις χρονιζούσης γαστρίτιδος, μετὰ ἐντόνου ὁμως ὑπεραιμίας καὶ αἱμορραγικῶν στίξεων τοῦ βλεννογόνου.

2) **Εἰδικαὶ μορφαί.** Ἐκτός τῆς ὡς ἄνω περιγραφείσης τυπικῆς μορφῆς, δεόν νά ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν καὶ ὠρισμένας εἰδικὰς τοιαύτας. Οὕτως εἶναι δυνατόν ἢ ἐξαλλαγή νά ἐπέλθῃ λίαν πρωτῶως. Δηλαδή εἶναι δυνατόν ἀπὸ τῆς πρώτης περιόδου πόνων νά ἐπέλθῃ συγχρόνως καὶ ἡ ἐξαλλαγή ἢ καὶ ἀπὸ τῆς δευτέρας τοιαύτης, ὅποτε ἡ ἀνώμαλος παράτασις τῶν πόνων δεόν νά κινήσῃ τὴν ὑπόψιν μας καὶ νά μὴ ἐπαναπαυθῶμεν ἐπὶ τοῦ προσφάτου ἱστορικοῦ τοῦ ἕλκουσ τούτου.

Εἶναι ὅμως δυνατόν ἢ ἐξαλλαγή νά λάβῃ χώραν π ρ ο ο δ ε υ τ ι κ ῶ ς, ὅπως π.χ. ἐπὶ τυλώδους ἕλκουσ, τὸ ὁποῖον, εἴτε λόγῳ τῶν χρονίων ἀλλοιώσεων, εἴτε διότι ἐρεθίζει παρακείμενον ὄργανον, ἀλγεί συνεχῶς καὶ ὡς ἐκ τούτου ἢ ἐξαλλαγῆ, δὲν γίνεται ἀντιληπτὴ οὔτε κλινικῶς, ἀλλ' οὔτε καὶ ἀκτινολογικῶς. Εἰς τὰς περιπτώσεις ὁμως αὐτὰς τοῦ τυλώδους ἕλκουσ, νομίζομεν, ὅτι εἶναι ματαιοπονία νά ἐπιμένῃ τις ἐπὶ τῆς φαρμακοδιαιτητικῆς ἀγωγῆς, καὶ ὡς ἐκ τούτου συνιστῶμεν τὴν ἄμεσον γαστρεκτομὴν καὶ ἐν συνεχείᾳ τὴν ἱστολογικὴν ἐξέτασιν, ἥτις θ' ἀποκαλύψῃ τὴν ἐπελθοῦσαν ἐξαλλαγήν, ὅπως συνέβη τοῦτο καὶ εἰς τὴν προηγουμένως περιγραφεῖσαν περίπτωσιν μας.

Ἐξαιρετικῶς σπανίως δυνατόν νά παρατηρηθῇ ἐξαλλαγή ἐπὶ οὐλῆς ἰαθέντος ἕλκουσ.

Ἐπενθυμίζομεν τὸ πολλάκις τονισθὲν γεγονός τῆς ἐξαφανίσεως τῶν πόνων εἰς τοὺς ἐλκοπαθεῖς κατόπιν γαστρορραγίας, ἐξαφανίσεως ὀφειλομένης εἰς τοπικὴν ἀφαίμαξιν, οὕτως εἰπεῖν, κατόπιν τῆς ὁποίας ὑποχωροῦν τὸ περί τὴν ἐξέλκωσιν οἶδημα καὶ ὁ σπασμός. Εἰς περίπτωσιν ὁμως καρκίνου, δεδομένου ὅτι πρόκειται περί ὀργανικῆς καὶ μονίμου βλάβης, εἰς τὴν ὁποίαν ἐλάχιστα συμμετέχει ἢ φλεγμονή, ἢ γαστρορραγία ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον δὲν ἐπηρεάζει τοὺς πόνους. Εἰς περίπτωσιν ὁμως ἀρχομένης ἐξαλλαγῆς δεόν νά ἔχωμεν

ὕπ' ὄψιν, ὅτι ὁ ἄρρωστός μας εἶναι περισσότερο ἐλκοπαθῆς παρὰ καρκινοπαθῆς καὶ ὡς ἐκ τούτου οἱ πόνοι δυνατόν νὰ ἐπηρεασθοῦν. Διὰ τοῦτο καὶ ἡ ἐξαφάνισις τῶν πόνων κατόπιν γαστρορραγίας δὲν πρέπει νὰ θεωρηθῆ ὡς ἀπόλυτον σημεῖον διαφορικῆς διαγνώσεως μεταξύ ἔλκους καὶ καρκίνου.

Θὰ πρέπει ἐπίσης νὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν, ὅτι καὶ μία διατήρησις δὲν ἐρμηνεύει πάντοτε τὴν ὕπαρξιν ἔλκους. Οὕτω καὶ ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον, ἐν κοινόν ἔλκος διατιτραίνεται, γίνεται ἀπλή συρραφή καὶ ἐν συνεχείᾳ ὑποτροπιάζει. Ἐπὶ τοῦ ὑποτροπιάσαντος τούτου ἔλκους ἡ ἐν συνεχείᾳ ἀνάπτυξις καρκίνου εἶναι λίαν πιθανή, ὅποτε πρόκειται περὶ κλασσικῆς ἐξαλλαγῆς ἐνός ἄλλοτε διατηρηθέντος καὶ ἤδη ἐν ἐξελίξει ἔλκους. Ἄλλοτε πάλιν ἐν ἐξαλλαγῆν ἤδη ἔλκος εἶναι δυνατόν νὰ διατηρηθῆ, ὅποτε καὶ σπανίως διαγιγνώσκεται ἡ ἐξαλλαγή. Ἄλλὰ καὶ εἰς καρκίνος ὑποδύμενος τὸ ἔλκος εἶναι δυνατόν νὰ διατηρηθῆ, ὅπως ἐπίσης εἶναι δυνατόν νὰ συνυπάρχη διπλῆ βλάβη, ἤτοι καρκίνος τοῦ στομάχου καὶ ἔλκος στομάχου ἢ δωδεκαδακτύλου, τὸ ὁποῖον νὰ διατηρηθῆ. Σπανιώτατα ἐπὶ τῆς οὐλῆς διατηρηθέντος, συρραφέντος καὶ λαθέντος ἔλκους εἶναι δυνατόν νὰ παρατηρηθῆ ἡ ἀνάπτυξις νεοπλασματος. Εἰς τὴν περίπτωσιν ὅμως αὐτὴν πρόκειται περὶ ἀναπτύξεως καρκίνου ἐπὶ οὐλῆς καὶ οὐχὶ περὶ ἐξαλλαγέντος ἔλκους.

Ἡ κακοήθης ἐξαλλαγή, ὡς εἶδομεν, δὲν εἶναι μὲν καὶ τόσοσυχνὴ, ἀλλὰ δὲν πρέπει καὶ νὰ παραβλέπεται. Εἰς ὅλας τὰς περιπτώσεις ἔλκους τοῦ στομάχου, οἰασθήποτε ἐντοπίσεως, ἐπιβάλλεται συνεχῆς κλινικὴ καὶ ἀκτινολογικὴ παρακολούθησις. Κάθε ἀνώμαλος παράτασις τῶν πόνων εἶναι ὑποπτος. Κυρίως ὅμως ἡ μὴ ἐξασφάνισις τῶν ἀκτινολογικῶν σημείων ὄχι μόνον κατὰ τὰς περιόδους πόνων, ἀλλὰ κυρίως κατὰ τὰς περιόδους ἡρεμίας, δεόν νὰ μᾶς ἐμβάλλῃ εἰς ἀνησυχίαν καὶ νὰ συνιστῶμεν τὴν ἄμεσον χειρουργικὴν ἐπέμβασιν, χωρὶς νὰ λαμβάνωμεν ὑπ' ὄψιν τὴν ἡλικίαν τοῦ ἀρρώστου.

Γ' ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΩΝ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Α' ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΕΝ ΤΗ ΑΡΧΗ

Ἡ διάγνῳσις ἑνὸς καρκίνου τοῦ στομάχου ἐν τῇ ἀρχῇ εἶναι κατορθωτή, ἐάν γνωρίζωμεν ὠρισμένας ἀκτινολογικάς εἰκόνας, αἱ ὁποῖαι εἶναι χαρακτηριστικῶς ὑποπτοί. Ἡ πρώτη ἐπομένως φάσις τῆς διαγνώσεως συνίσταται εἰς τὴν ἀνίχνευσιν τῶν ἀλλοιώσεων τούτων. Ἐν συνεχείᾳ θὰ πρέπη νὰ χαρακτηρίσωμεν τὴν ἀλλοίωσιν ταύτην, ἐάν καὶ κατὰ πόσον εἶναι καλοήθης ἢ κακοήθης. Καὶ ὅσον ἀφορᾷ μὲν τὴν πρώτην φάσιν ὑπάρχουν ὠρισμένα σημεῖα ἀκτινολογικά, τὰ ὁποῖα ἐδημιουργήθησαν λόγῳ ἱστολογικῶν ἀλλοιώσεων, αἵτινες καὶ αὐταὶ διέρχονται διὰ διαφόρων φάσεων ἐξελίξεως. Ὅσον ἀφορᾷ τὴν δευτέραν φάσιν, δηλαδὴ, ἐάν θὰ πρέπη νὰ χαρακτηρισθῇ ἡ ἀκτινολογικὴ εἰκὼν ὡς ἐρμηνεύουσα καλοήθη τινὰ ἢ κακοήθη βλάβην, θὰ βασισθῶμεν κυρίως ἐπὶ τῆς λεγομένης θεραπευτικῆς δοκιμασίας. Αὕτη ἔχει ὡς σκοπὸν τὴν ἐλάττωσιν καὶ κυρίως τὴν ἐξαφάνισιν τῶν ὑπόπτων ἀκτινολογικῶν εἰκόνων. Ἀναλόγως τῶν μεταθεραπευτικῶν ἀποτελεσμάτων θὰ κρίνωμεν καὶ περὶ τῆς ἱστολογικῆς ὕφης τῆς ὑπόπτου ἀλλοιώσεως.

Κατὰ τὴν περίοδον τῆς εἰσβολῆς δυνάμεθα νὰ περιγράψωμεν τρεῖς διαφορετικὰς ἀνατομο-ἀκτινολογικάς μορφάς:

1) Τὴν διηθητικὴν, μὲ ἀκτινολογικὴν ἔκφρασιν τὴν ἀκαμψίαν.

2) Τὴν ἐλκώδη, ἐκδηλουμένην ὑπὸ μορφήν φωλεᾶς.

3) Τὴν ἐκθλαστικὴν ἢ ὑπερπλαστικὴν μὲ ἀκτινολογικὴν εἰκόνα τὴν ἔλλειψιν.

Κατὰ τὸ ἀρχικὸν στάδιον τῶν αἰ μορφῶν αὗται διακρίνονται ἢ μία τῆς ἄλλης. Ἐφ' ὅσον ὁμως ἐξελίσσονται, συγχέονται μεταξύ τῶν, ἰδίως κατὰ τὸ τελικὸν στάδιον.

Ἀπὸ διαγνωστικῆς, ἀλλὰ καὶ ἀπὸ θεραπευτικῆς ἀπόψεως, ἐπαναλαμβάνομεν, σημασίαν ἔχει ἡ διαπίστωσις τοῦ καρκίνου εἰς τὸ ἱστολογικὸν ἐκεῖνο στάδιον, κατὰ τὸ ὁποῖον οὗτος περιορίζεται εἰσέτι εἰς τὸν βλεννογόνον. Ἀπὸ ἱστολογικῆς ἀπόψεως δυνάμεθα νὰ διακρίνωμεν τρεῖς σταθμοὺς ἐξελίξεως.

Τὸ στάδιον I ἀποτελεῖ τὸν καρκίνον τοῦ βλεννογόνου ἢ «καρκίνον *in situ*», κατὰ τὸ ὅποιον παρατηρεῖται μία διάσπασις τῆς ἀρχιτεκτονικῆς τοῦ βλεννογόνου μὲ τὰ τερατώδη νεοπλασματικά κύτταρα, τὰ ὅποια ἔχουν κατακλύσει τὸ χόριον.

Τὸ στάδιον II περιλαμβάνει τὸν ὑποβλεννογόνιον καρκίνον ἐν τῇ ἀρχῇ, μικροῦ μεγέθους, ὅστις ἔχει ἤδη ἐπεκταθῆ πρὸς τὸ γαστρικὸν τοίχωμα. Ἡ ἐπέκτασις ὅμως αὕτη εἶναι λίαν περιορισμένη, καταλαμβάνουσα μικρὸν μόνον μῆμα τοῦ ὑποβλεννογονίου, ἄνευ προσβολῆς τῶν ἀδένων.

Τὸ στάδιον III ἀποτελεῖ τὴν τοιχωματικὴν φάσιν τοῦ κλασσικοῦ καρκίνου τοῦ στομάχου, χαρακτηριζομένην ἀπὸ ἐκσεσημασμένην διασπορὰν πρὸς τὰ τοιχώματα καὶ πρὸς τοὺς ἀδένας.

Αἱ σχέσεις μεταξὺ καρκίνου τοῦ βλεννογόνου καὶ τοιχωματικοῦ καρκίνου ποικίλλουν. Ἀπὸ νοσολογικῆς ὁμως ἀπόψεως πρόκειται περὶ τῆς αὐτῆς νόσου παρατηρουμένης εἰς δύο διάφορα στάδια ἐξελίξεως. Εἰς τὸν καρκίνον τοῦ βλεννογόνου τὸ χόριον ἔχει προσβληθῆ ἀπὸ τὰ κλασσικά νεοπλασματικά κύτταρα, ἀνευρίσκονται δὲ ὅλοι οἱ γνωστοὶ ἱστολογικοὶ τύποι τῶν προκεχωρημένων καρκίνων, ὡς ὁ βλενωδης, ὁ ἀδενώδης, ὁ ἄτυπος διηθητικὸς κ.ο.κ. Ἡ μόνη ἱστολογικὴ διαφορά μεταξὺ καρκίνου τοῦ βλεννογόνου καὶ τοιχωματικοῦ τοιούτου εἶναι, ὅτι ὁ πρῶτος δὲν διέρχεται τὸν ὑποβλεννογόνιον μυϊκὸν χιτῶνα. Ὑπάρχουν ἐπομένως διάφορα στάδια καὶ ποικιλίαι ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἐξέλιξιν τοῦ καρκίνου τοῦ στομάχου, πρόκειται ὅμως πάντως περὶ τῆς αὐτῆς νόσου.

Ἀπὸ ἀνατομο-ἀκτινολογικῆς ὁμως ἀπόψεως τὸ πρόβλημα διαφέρει. Κατὰ τὸ τοιχωματικὸν στάδιον τοῦ καρκίνου τοῦ στομάχου (στάδιον III) ὑπάρχει ἄμεσος σχέσις μεταξὺ τῶν διηθητικῶν ἀλλοιώσεων καὶ τῆς ἀκαμψίας, μεταξὺ τῶν ἐλκωδῶν μορφῶν καὶ τῶν φωλεῶν, μεταξὺ τῶν ἐκβλαστικῶν μορφῶν καὶ τῶν ἐλλείψεων. Εἰς τὸν καρκίνον ὅμως τοῦ βλεννογόνου, μεγάλην σημασίαν ἐνέχουν αἱ διαφοροὶ λειτουργικαὶ καὶ ὄργανοκοιτιουργικαὶ εἰκόνες, ὡς καὶ αἱ μὴ καρκινικαί, ἀλλὰ ἐξ ἀντιδράσεως ἱστολογικαὶ ἀλλοιώσεις. Ὑπάρχουν δηλ. ἀκτινολογικῶς διηθητικαὶ εἰκόνες ἄνευ νεοπλασματικῆς διηθήσεως, φωλεαὶ ἄνευ ἐξελεκώσεων καὶ ἐλλείψεις ἄνευ νεοπλασματικῶν ἐκβλαστῆσεων, ὡς καὶ ἐλκώδεις μορφαὶ χωρὶς ἀκτινολογικὰς φωλεάς. Ἐπισταμέναι ἱστολογικαὶ μελέται ἐν συγκρίσει μὲ τὰς διαφόρους ἀκτινολογικὰς εἰκόνας, γενόμεναι προσφάτως ἀπὸ τὸν Guy Albot, ἐξηγοῦν τὴν φαινομενικὴν ταύτην ἀντίθεσιν. Τὸ ἀνατομο-ἀκτινολογικὸν πρόβλημα προβάλλει διάφορον, ἐὰν ὁ καρ-

κίνος τοῦ βλεννογόνου εἶναι ἐξηλωμένος ἢ ὄχι. Ἡ διάκρισις ὁμῶς αὕτη ἔχει σημειολογικὴν μόνον ἀξίαν, δεδομένου ὅτι ἀπὸ ἀπόψεως ἐξελίξεως δὲν ἔχει καμμίαν ἀξίαν, ἐὰν κατὰ τὸ βλεννογόσιον τοῦτο στάδιον ὁ καρκίνος εἶναι ἐξηλωμένος ἢ ὄχι. Ἡ μελλοντικὴ ἐξέλιξις ἐνός μὴ διαγνωσθέντος καρκίνου θὰ προσλάβῃ μίαν ἐκ τῶν κλασσικῶν μορφῶν : διηθητικὴν, ἐλκώδη, ἐκβλαστικὴν.

Εἰς τὸν καρκίνον τοῦ μὴ ἐξελεκοθέντος βλεννογόνου, τὸ ἐπιθηλίωμα περιορίζεται εἰς ἓν λεπτὸν στρώμα καρκινωματοειδῶν κυττάρων, ἅτινα ἔχουν καταλάβει τὸ χόριον τοῦ βλεννογόνου. Ἡ καρκινωματοειδὴς αὕτη περιοχὴ εἶναι γενικῶς λεπτοτέρα ἐνός φυσιολογικοῦ βλεννογόνου, ἐνίοτε δὲ ἀνώμαλος, μὲ περιοχὰς ἀτροφικὰς καὶ ὑπερτροφικὰς. Ὑπὸ ταύτην δὲν ὑπάρχει οὔτε διήθησις, οὔτε ἐξέλεκσις, οὔτε ἄλλη ἐκβλαστικὴ βλάβη καὶ ἐπομένως αἱ ἀκτινολογικαὶ εἰκόνες δὲν ἐξαρτῶνται ἀμέσως ἐκ τῆς καρκινωματοειδοῦς βλάβης. Καὶ μολαταῦτα οἱ καρκίνοι τοῦ βλεννογόνου ἐκδηλοῦνται ἀκτινολογικῶς ὡς διήθησις, ὡς φωλεὰ, μὲ ἀλλοιώσεις τοῦ ἐκμαγείου τοῦ βλεννογόνου περὶ τὴν βλάβην. Ἐν τῇ πραγματικότητι αἱ ἀκτινολογικαὶ αὗται εἰκόνες ἐρμηνεύουν συνοδοῦς ἀλλοιώσεις, ἧτοι σκληρυνσιν τοῦ ὑποβλεννογονίου, ἐλάττωσιν τοῦ πάχους τοῦ βλεννογόνου, ἀλλοιώσεις ἔλξεως ἢ σπαστικὰς τούτου περὶ τὴν βλάβην.

Ι. ΔΙΗΘΗΤΙΚΗ ΜΟΡΦΗ

α) Τυπικὴ διηθητικὴ μορφή : Ἀκτινολογικῶς ἡ διήθησις ἐκδηλοῦται διὰ μιᾶς ἐντετοπισμένης ἀκασψίσεως. Εἰς ὅλας τὰς ἀκτινογραφίας τὰς ληφθείσας ἐν σειρᾷ, θὰ παρατηρήσωμεν μίαν ἄκαμπτον εὐθυγράμμισιν ἐνός περιωρισμένου εἰς ἕκτασιν τμήματος τοῦ τόξου τοῦ στομάχου (σχ. 5). Τὸ ἐν ἄκρον τοῦ τμήματος τούτου εἶναι δυνατόν νὰ συνεχίζεται μὲ τὸ μὴ προσβληθὲν καὶ εὐκαμπτον ὑπόλοιπον τμήμα τοῦ στομάχου. Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ὁμῶς, τὸ ἐν ἄκρον τῆς διηθημένης ταύτης ζώνης ἀφορίζεται ἀπὸ μίαν μικρὰν ἀπότομον ἀνισοπέδωσιν, οὕτως ὥστε ἡ διήθησις νὰ ἐμφανίζεται ἐπὶ χαμηλοτέρου ἐπιπέδου ἀπὸ ἐκεῖνο εἰς τὸ ὅποιον εὐρίσκεται ἡ ὑγιᾶς ζώνη. Σχηματίζεται οὕτως ἓνα εἶδος βαθμίδος, σημεῖον περιγραφέν ἀπὸ τὸν Hauddeck εἰς τὰ προκεχωρημένα καρκινώματα, ἧτις ὑποδέεται ἐν μέρει μίαν φωλεάν.

Αἱ περισταλτικαὶ κινήσεις διακόπτονται παρὰ τὴν ἄκαμπτον ταύτην ζώνην, ἵνα συνεχισθοῦν κάτωθεν ταύτης. Ἐνίοτε ὁμῶς τὸ σημεῖον τοῦτο δυσκόλως γίνεται ἀντιληπτόν, εἴτε διότι ἡ βλάβη εἶναι πλησίον τοῦ πυλωροῦ, εἴτε λόγω τῆς μικρᾶς ἐκτάσεως τῆς ὑπόπτου ταύτης χώρας.

Ἡ διηθημένη καὶ δύσκαμπος αὕτη περιοχὴ δὲν διατηρεῖ πάντοτε τὴν ἰδίαν κατεύθυνσιν. Ἀναλόγως τῶν περισταλτικῶν κινήσεων τοῦ στομάχου ἀλλάσσει τοιαύτην, ἄλλοτε ἀνυψουμένη καὶ ἄλλοτε φερομένη πρὸς τὰ κάτω, ὅπως π.χ. μετακινεῖται ὑπὸ τῶν κυμάτων μίᾳ σανίς, διατηροῦσα ὅμως πάντοτε τὴν εὐθυγραμμίαν της. Εἰς τὸ ὅλως ἀρχικὸν στάδιόν της ἡ διήθησις αὕτη διατηρεῖ εἰσέτι κάποιαν ἐλαστικότητα, ὅποτε εἶναι δυνατόν νὰ παρατηρηθοῦν ἐλαφραὶ μεταβολαί. Πράγματι, ὑπὸ τὴν ἐπίδρασιν τῶν περισταλτικῶν κινήσεων τοῦ στομάχου καὶ ἰδίως ἀλλαγῆς θέσεως, ἡ διήθησις ἐμφανίζει σχετικὴν εὐλυγισίαν, καμπτομένη ἐν εἴδει καμπύλης, τὴν ὁποίαν ὁ Gutmann συγκρίνει μὲ τὴν ἐλαστικὴν ἀκαμψίαν «μπαλαίνης» γυναικείας ζώνης (corset).

Ἡ καρκινωματοῦδης αὕτη διήθησις —ἐν ἀντιθέσει μὲ ἐκεῖνο τὸ ὅποιον παρατηρεῖται εἰς τὰ ἔλκη τοῦ ἐλάσσοнос τόξου— δὲν ἔλκει, δὲν σμικρύνει τὸ ἔλασσον τόξον τοῦ στομάχου καὶ δὲν μετακινεῖ τὸν πυλωρὸν πρὸς τὰ ἀριστερά (βλ. σ. 123).



Ὅταν ἡ διήθησις περιβάλλῃ ἐξ ὀλοκλήρου καὶ κυκλοτερῶς τὴν πυλωρικὴν χώραν, θὰ μᾶς δώσῃ μίαν χαρακτηριστικὴν ἀκτινολογικὴν εἰκόνα ἐνὸς κατὰ τὸ μᾶλλον ἢ ἥττον ἐπιμήκους κώνου. Ἐχομεν οὕτω τὸν «πυλωρὸν ἐν εἴδει κώνου σακχάρως» (pylore en pain de sucre) (σχ. 6).

Σχῆμα 5.
Τυπικὴ διηθητικὴ μορφή, εἰς τὸ ἀρχικὸν στάδιον. (Κατὰ R.A. Gutmann)

Ὁ κώνος οὗτος εἶναι συνήθως συμμετρικὸς καὶ μὲ ὄρια ὀμαλά, ἄλλοτε ὅμως χάνει τὴν συμμετρίαν ταύτην καὶ τὸ ἐν ἑκ τῶν τόξων αὐτοῦ γίνεται κοῖλον. Ἐπίσης ἡ φορά του τροποποιεῖται ἐν μέρει καὶ ἀπὸ εὐθέος κάμπτεται, σχηματίζων γωνίαν (pylore anglé) (σχ. 7). Εὐνόητον εἶναι, ὅτι μὲ τὴν πάροδον τοῦ χρόνου ἡ διήθησις αὕτη θὰ προσλάβῃ τὴν κλασσικὴν εἰκόνα τοῦ καρκίνου. Τμῆμα αὐτοῦ ἢ ὀλοκληρον τὸ ἔλασσον ἢ τὸ μείζον τόξον θὰ παραμένῃ ἄκαμπτον, ἀκίνητον, ἀνώμαλον, μὴ μεταβαλλόμενον ὑπὸ τῶν περισταλτικῶν κινήσεων, ὅποτε θ' ἀλλοιωθῇ καὶ αὐτὸ τοῦτο τὸ γενικὸν σχῆμα τοῦ στομάχου.

β) Εἰκὼν σφήνης: Ἡ ἀκτινολογικὴ αὕτη εἰκὼν καρκίνου ἐν τῇ ἀρχῇ, περιγραφεῖσα τὸ πρῶτον ὑπὸ τοῦ R. Gutmann τὸ 1937, ἔχει μεγίστην διαγνωστικὴν ἀξίαν.

Ἐντὸς τοῦ τόξου τοῦ στομάχου—συνήθως τοῦ ἐλάσσοнос—παρατηρεῖται μίᾳ κατὰ χωρῖς, μίᾳ καθίζησις οὕτως εἰπεῖν. Ἡ περιω-

ρισμένη αὐτὴ εἰς ἕκτασιν διήθησις ἀφορίζεται καὶ κατὰ τὰ δύο αὐτῆς ἄκρα ἀπὸ δύο βαθμίδας, αἵτινες σχηματίζουν δύο ἄκαμπτα χεῖλη κατευθυνόμενα πρὸς τὰ ἄνω. Ἀναλόγως τῆς φορᾶς των σχηματίζουν φρέαρ ἢ χοδόνην, μὲ βραχέα τοιχώματα, εἰς τὸ ἄκρον τῶν ὁποίων ὑπάρχει εἰς ἄκαμπτος πυθμὴν (βλ. σχ. 11). Ἡ εἰκὼν ἐπομένως αὐτὴ κατὰ τὸ μᾶλλον ἢ ἥτιον προβάλλει ἐντὸς τῆς γαστρικῆς κοιλότητος. Τὰ ὄριά της, ὅπως καὶ ὁ πυθμὴν, εἶναι εἴτε εὐθέα εἴτε ὀλίγον κυρτά, διατηροῦν ὅμως πάντοτε τὴν ἀκαμψίαν. Συχνότατα ἐξ ἄλλου παρατηρεῖται μία φώλεά, ἢ λεγομένη «έντετειχισμένη φώλεά» (niche encastrée).

Ἡ περιγραφείσα ἀκτινολογικὴ αὐτὴ εἰκὼν ἐντειχίσεως ἢ σφήνης δὲν πρέπει νὰ συγγέεται μὲ τὴν εἰκόνα τῆς ἑλλειψεως (defect), ἀπὸ τὴν ὁποῖαν διαφέρει καὶ ἀπὸ ἀπόψεως σχήματος, ἀλλὰ καὶ ἀπὸ ἀπό-



Σχῆμα 6.
Πυλωρός ἐν εἴδει
«κῶνου σακχάρ-
εως». (Κατὰ R.A.
Gulmann).



Σχῆμα 7.
Πυλωρός κεκαμμένος
ἐν εἴδει γωνίας
(Κατὰ R.A. Gulmann)

ψεως ἀνατομικῆς ἀλλοιώσεως. Ἡ ἑ λ λ ι ψ ι ς ἀντιπροσωπεύει τὸ τμήμα ἐκεῖνο τοῦ στομάχου, τὸ ὁποῖον δὲν πληροῦται ἀπὸ τὸν βαρι-
οῦχον πόλτον, λόγῳ τῆς ἐκεῖ ὑπάρξεως ὄγκου, ὅστις προβάλλει πρὸς τὸ ἐσωτερικὸν τοῦ στομάχου. Ἐξ οὗ καὶ τὸ ἀνάλογον σχῆμα τῆς στρογγύλου, πολυκυκλικόν, προεξέχον κ.λ.π., δηλαδὴ πιστὸν ὑπὸ τῶν ἀκτίνων ἀποτύπωμα τοῦ ἐκμαγείου τοῦ ὄγκου. Τοῦναντίον, ἡ ἐ ν τ ε ἰ χ ἰ σ ἰ ς ἐρμηνεύει μίαν ἄνευ ὄγκου καὶ περιωρισμένην εἰς ἕκτασιν διήθησιν τοῦ τοιχώματος τοῦ στομάχου.

Ὁ διαχωρισμὸς τῶν δύο αὐτῶν εἰκόνων ἐνέχει πρακτικὴν σημασίαν. Ἡ γνησίᾳ ἑλλειψις, ὡς ἐρμηνεύουσα ἓνα ὄγκον ψηλαφητόν, θὰ γίνῃ ἀντιληπτὴ κατὰ τὴν χειρουργικὴν ἐπέμβασιν. Ἡ ἐντειχίσις, ὡς ἐρμηνεύουσα ἀκτινολογικῶς ἓνα ἀρχόμενον καρκίνον, δὲν εἶναι ψηλα-

φητή. Ἐάν ὁ χειρουργός ἀγνοῇ ἢ δὲν λάβῃ τοῦτο ὑπ' ὄψιν, δὲν θά διαπιστώσῃ ψηλαφητὴν ἀλλοίωσιν, θά νομίσῃ ὅτι πρόκειται περὶ διαγνωστικοῦ λάθους καὶ δὲν θά προβῇ εἰς τὴν γαστρεκτομήν.

γ) Μορφαὶ κυματοειδεῖς: Ἡ προκαλοῦσα τὴν ἀκαμψίαν διήθησις προσλαμβάνει ἐνίοτε «κυματοειδὲς σχῆμα» (image ondulée), διατηροῦσα μολαταῦτα τοὺς γενικοὺς χαρακτήρας τῆς (σχ. 8). Ἐπὶ τοῦ προσβληθέντος τμήματος παρατηρεῖται μία σειρά μικρῶν ἢ μεγάλων ἀλλεπαλλήλων κυμάτων, τὰ ὅποια δὲν πρέπει νὰ ἐκκληφθοῦν ὡς κοιναὶ περισταλτικαὶ κινήσεις. Ἡ μονιμότης, ἡ ἀκίνησις καὶ ἡ ὁμοιομορφία τούτων εἰς ὄλας τὰς ἀκτινογραφίας τὰ διαχωρίζει τῶν συνήθων περισταλτικῶν κινήσεων. Ἡ εἰκὼν αὕτη, ἀποκληθεῖσα ὑπὸ τοῦ Gutmann

«en tôle ondulée», ὀφείλεται εἰς διηθήσεις μετὰ ἐξωτερικῆς ἐξοιδήσεως, ἄνευ ὅμως ὄγκου.

δ) Λειτουργικαὶ εἰκόνες ψευδοῦς ἐλλείψεως: Αὗται δίδουν τὴν τυπικὴν εἰκόνα μιᾶς κλασσικῆς ἐλλείψεως.

Ἐπὶ τοῦ μείζονος τόξου τοῦ στομάχου καὶ παρὰ τὸν πυλωρὸν παρατηροῦμεν λ.χ. τὴν εἰκόνα μεγάλης ἐλλείψεως. Ἐάν ὁ ἄρρωστος χειρουργηθῇ, δὲν θά ψηλαφηθῇ ὄγκος, παρὰ τὴν ὕπαρξιν τοῦ καρκίνου.

Ἡ προσεκτικὴ ἐξέτασις τῶν εἰκόνων τούτων θά ἀποκαλύψῃ ὠρισμένους ἰδιάζοντας χαρακτήρας. Καὶ κατὰ πρῶτον, οὔτε τὸ σχῆμα οὔτε τὸ μέγεθος τῶν ὡς ἄνω ἀλλοιώσεων δὲν εἶναι πάντοτε τὸ αὐτὸ ἐπὶ ὄλων τῶν ἀκτινογραφιῶν, γεγονός ἀπαράδεκτον εἰς περιπτώσιν ὄγκου. Ἐπίσης, ἀντὶ αἱ ἐντομαὶ νὰ ἔχουν πολυκυκλικὸν σχῆμα, εἶναι αἰχμηραὶ, ὁμοιάζουσαι πρὸς ἄκανθαν. Ἐπὶ τοῦ ἀνατομικοῦ παρασκευάσματος θά παρατηρήσωμεν, ὅτι πράγματι ὑπάρχει καρκίνος, οὐχὶ ὅμως ἐπὶ τοῦ τμήματος ἐκείνου ὅπερ δίδει τὴν εἰκόνα τῆς ψευδοῦς ἐλλείψεως, ἀλλὰ ἐκτὸς τούτου, συνήθως ἔναντι, ἐπὶ τοῦ ἐλάσσονος τόξου.

Ἡ ἀνωμαλία αὕτη ὀφείλεται εἰς τὸ γεγονός, ὅτι ὁ ὄγκος, καὶ ἰδίως τὰ περὶ τὸν ὄγκον κύτταρα, ἐρεθίζουν τὰ νεύρα καὶ τὰς μυϊκὰς ἴνας, δημιουργουμένης τοιοῦτοτρόπως μιᾶς ἐκ σπασμοῦ ἕλξεως ἐπὶ τοῦ μυϊκοῦ χιτῶνος. Αἱ οὕτω πῶς σχηματισθεῖσαι λειτουργικαὶ εἰκόνες, ἂν καὶ ποικίλου σχήματος, εἶναι ἐν τούτοις σταθεραὶ καὶ μόνιμοι ἐφ' ὅσον καὶ τὸ αἷτιον, ὁ καρκίνος, τὸ προκαλέσῃ τὸν ἐρεθισμόν αὐτόν, εἶναι καὶ αὐτὸ μόνιμον.



Σχῆμα δ.
«Κυματοειδῆς» ὄψις μείζονος τόξου λόγω διηθήσεως. (Κατὰ R. A. Gutmann)

Εἰς τὰς διηθητικὰς αὐτὰς μορφάς, τὰς ὁποίας περιεγράψαμεν, κατὰ τὰ ἀρχικὰ στάδια ὁ βλεννογόνος διατηρεῖ τὴν φυσιολογικὴν τοῦ ὄφιν, ἄλλοτε ὁμως οὗτος γίνεται λειῶς ἢ κοκκιώδης, αἱ δὲ πτυχαὶ τοῦ ὑφίστανται μεταβολάς.

Ὁ Guy Alboi προέβη ὅπως προσφάτως εἰς μίαν λίαν ἐπισταμένην συγκριτικὴν μελέτην μεταξὺ τῶν ἱστολογικῶν ἀλλοιώσεων καὶ τῶν διαφόρων αὐτῶν ἀκτινολογικῶν εἰκόνων τοῦ καρκίνου τοῦ στομάχου ἐν τῇ ἀρχῇ.

Ἐφ' ὅσον ὁ καρκίνος δὲν ἔχει προσβάλει τὸ τοίχωμα, εἶναι δύσκολον νὰ ἐξηγηθῇ ἡ ἀκαμψία. Αὕτη ὀφείλεται εἰς μίαν σημαντικὴν σκλήρυνσιν καὶ εἰς μίαν συμφορητικὴν ἀντίδρασιν, αἵτινες προκαλοῦν πάχυνσιν τοῦ ὑποβλεννογονίου εἰς ἕκτασιν πολὺ μεγαλυτέραν ἀπὸ ἐκείνην, ἣτις ἔχει προσβληθῆ ἐκ τῆς ἱστολογικῆς ἐπεκτάσεως τοῦ καρκίνου τοῦ βλεννογόνου. Ὅσάκις ὑπάρχει ἐπιθηλίωμα τοῦ βλεννογόνου προκαλεῖται ἐκτεταμένη ἀντίδρασις ἰνώδης, συμφορητικὴ καὶ οἰδηματώδης, σπανιώτερον δὲ μία διήθησις ἐκ μονοπυρήνων κυττάρων. Οἰαδήποτε καὶ ἂν εἶναι τὰ αἷτια τῆς φλεγμονώδους ταύτης ἀντιδράσεως, ἣτις συνοδεύει τὸν καρκίνον — σχηματισμὸς ἐρεθιστικῶν οὐσιῶν διὰ τοὺς γειτονικοὺς ἱστοὺς κ.λ.π. — τὸ γεγονός εἶναι, ὅτι ἡ παρουσία τῆς εἶναι πάντοτε σταθερά.

Αἱ διηθητικαὶ εἰκόνες ἐξηγοῦνται κατὰ τὸν αὐτὸν τρόπον. Ἐξ ἄλλου ὁ παράγων οὗτος ἀνευρίσκεται καὶ εἰς βλάβας πλεον περιπλόκους διαφόρων φωλεῶν, ὅπου ἡ σκλήρυνσις συντείνει εἰς τὸ νὰ προκαλῆ ἀκαμψίαν εἴτε τοῦ πυθμένου εἴτε τῶν χειλέων τῆς φωλεᾶς.

Αἱ ἐντετειχισμέναι μορφαὶ ὀφείλονται εἰς τὸν αὐτὸν μηχανισμόν. Ἡ λόγῳ σκληρύνσεως πάχυνσις τοῦ τοιχώματος ἐξηγεῖ ἐπαρκῶς τὴν κατάχωσιν, εἰς τὸ βάθος τῆς ὁποίας ἐδράζεται ἡ ἐντετειχισμένη ἀκαμψία. Ἐπὶ πλεον μία μόνιμος σύσπασις τοῦ ὑποβλεννογονίου μυϊκοῦ γιγῶνος, ἐν συνδυασμῷ μὲ τὸν σκληρυντικὸν παράγοντα, δημιουργοῦν τὴν ἀκτινολογικὴν εἰκόνα.

Αἱ κυματοειδεῖς εἰκόνες προκαλοῦνται ἐπίσης ἀπὸ τὴν σκληρυντικὴν πάχυνσιν τοῦ ὑποβλεννογονίου, ποικίλης συστάσεως, ἀναλόγως τῶν σημείων ἐντοπίσεως.

Ἡ «ρυγχοειδής» παραμόρφωσις τοῦ πυλωροῦ ὀφείλεται ἐπίσης εἰς τὴν σκλήρυνσιν. Ἐνίοτε ἡ ἐκτεταμένη καὶ συγκεντρικὴ σκλήρυνσις περιβάλλει τὰ τοιχώματα τοῦ πυλωρικοῦ ἄντρου, συμβάλλουσα οὕτως εἰς τὴν ἐλάττωσιν τοῦ εὔρου τοῦ στομάχου εἰς τὸ σημεῖον τοῦτο. Μολαταῦτα καὶ ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον, ἡ σκλήρυνσις δὲν εἶναι κυκλοτερής. Λόγῳ τοῦ ἰδιαίτερου σχήματος τοῦ προπυλωρικοῦ ἄντρου, τῆς προοδευτικῆς ἐλαττώσεως τοῦ εὔρου τοῦ καὶ τῆς ἀποτόμου

έλαττώσεως τοῦ γαστρικοῦ ἰστοῦ πρὸς τὸν πυλωρὸν ἢ προκαλοῦσα τὴν συρρίκνωσιν σκλήρυνσις αὕτη δημιουργεῖ ἐνταῦθα πλέον πρωτίμως τὰς ὀργανοκλιτουργικὰς παραμορφώσεις τοῦ γενικοῦ σχήματος τοῦ πυλωρικοῦ ἄντρου.

|| ΕΛΚΩΔΗΣ ΜΟΡΦΗ

Ἐλκώδης καρκίνος (Cancer ulcéreux). Κλινικῶς ἡ μορφή αὕτη ὑποδύεται τὸ ἔλκος, ἀκτινολογικῶς ὁμοῦς ἔχει ἴδια χαρακτηριστικὰ σημεῖα.

Εἰς ὅλας αὐτὰς τὰς περιπτώσεις ἡ ὑφισταμένη βλάβη ἐρμηνεύεται ἀπὸ μίαν φωλεά. Ὁ καρκίνος ὁμοῦς προκαλεῖ ἀπώλειαν ὕλης ἄλλοτε μεγάλην, ἄλλοτε μικράν, ἄλλοτε βαθεῖαν καὶ ἄλλοτε ἐπιπολῆς. Καὶ αἱ φωλεαὶ ἐπομένως θὰ ἔχουν ἀνάλογον σχῆμα.

Ἐκτὸς τῆς εἰς βάθος ἐπεκτάσεώς του, ὁ καρκίνος ἐπεκτείνεται καὶ κατ' ἐπιφάνειαν, κατὰ μῆκος τοῦ τοιχώματος, προκαλὼν οὕτω μίαν διήθησιν. Δημιουργοῦνται τοιοῦτοτρόπως καὶ προοδευτικῶς ὠρισμένοι ὑποπτοι καὶ ἰδιάζουσαι περὶ τὴν φωλεάν ἀλλοιώσεις καὶ ὡς ἐκ τούτου ἡ ἀκτινολογικὴ μελέτη θὰ ἀφορᾷ τὴν φωλεάν καὶ τὴν πέριξ αὐτῆς μοῖραν τοῦ στομάχου.

Ἡ καρκινωμάτωδης φωλεά, ἐρμηνεύουσα ἓνα ἐλκώδη καρκίνον, ἐμφανίζεται ὑπὸ ποικίλας μορφάς, ἐκ τῶν ὁποίων τρεῖς εἶναι αἱ σημαντικώτεραι :

— Φωλεά ἐν ὑψιπέδῳ ἢ ἐν εἴδει χειρουργικοῦ δίσκου (niche en plateau).

— Ἡ μεγάλη τριγωνικὴ φωλεά (La grosse niche triangulaire).

— Αἱ εἰκόνες καταχώσεως ἢ ἐντετειχισμένης φωλεᾶς (Les aspects encastrés).

1) Φωλεά ἐν ὑψιπέδῳ ἢ ἐν εἴδει χειρουργικοῦ δίσκου: Αὕτη περιεγράφη τὸ πρῶτον τὸ 1933 ὑπὸ τοῦ Guimann. Ἀντιπροσωπεύεται ἀπὸ μίαν προεκβολὴν τοῦ τοιχώματος, ὅπως καὶ μίαν κοινὴ φωλεά. Ἐνῶ ὁμοῦς αἱ συνήθεις, αἱ καλοήθεις φωλεαί, εἶναι σχετικῶς βαθεῖαι μὲ βάσιν οὐχὶ εὐρείαν, ἡ φωλεά αὕτη ἔχει τὸναντίον εὐρείαν βάσιν καὶ ὑπερέχει ἐλάχιστα τοῦ στομάχου. Ἐρμηνεύει ἀπώλειαν ὕλης ἐλάχιστα βαθεῖαν, μίαν στρογγύλην ἐξέλκωσιν μὲ ἐλάχιστον βάθος, ἡ ὁποία ὁμοῦς δυνατὸν νὰ εἶναι λίαν εὐρεία, μὲ στρογγύλα χεῖλη. Δυνάμεθα νὰ τὴν συγκρίνωμεν μὲ τὸ ἐλαφρὸν ἀποτύπωμα νομίσματος ἐπὶ πλαστικῆς οὐσίας. Ἐπὶ τοῦ διανοιχθέντος χειρουργικοῦ παρασκευάσματος ἡ ἐξέλκωσις αὕτη καταλαμβάνει τὸ ἔλασσον τόξον ἐπεκτεινομένη πρὸς τὴν προσθίαν καὶ ὀπισθίαν ἐπιφάνειαν τοῦ

στομάχου. Ἐν τῇ πραγματικότητι καὶ ἐπὶ τοῦ φυσιολογικοῦ στομάχου αὕτη ἀναδιπλοῦται, ὅπως λ.χ. ἐν ἐπίππιον ἢ ὅπως αἱ σελίδες ἐνός βιβλίου, τοῦ ὁποίου ἡ ράχις ἔχει ἐναφηνωθῆ ἐντός τοῦ ἐλάσσονος τόξου. Ἡ κατατομὴ τῆς ἐξεγκώσεως τῆς ὑποσκαφείσης ἐντός τοῦ ἐλάσσονος τόξου, εἶναι ἐκείνη ἣτις πληρουμένη ὑπὸ τοῦ βαριούχου πόλτου ἐμφανίζεται ἐν ἀναγλύφῳ. Αἱ ὑπόλοιποι μοῖραι τῆς ἐξεγκώσεως, αἱ ἐπεκτεινόμεναι πρὸς τὰς δύο ἐπιφανείας τοῦ στομάχου, ἐξαφανίζονται ἐντός τῆς ὑπὸ τοῦ ἀδιαφανοῦς πόλτου πεπληρωμένης γαστρικῆς σκιάς. Ἐμφανίζεται ἐπομένως ὡς μία μεγάλη καὶ εὐρεία παρέκκλισις, ἐλάχιστα προβάλλουσα. Εἶναι μία ἐπιπολῆς ἐξέλκωσις μήκους ἐνός, δύο, τεσσάρων ἢ καὶ πλέον ἑκατοστομέτρων, καὶ βάθους ὀλίγων χιλιοστομέτρων.

Ἡ ἐπίπεδος αὕτη φωλεὰ εἶναι εὐθεῖα καὶ ἄκαμπτος, τὰ δὲ δύο ἄκρα τῆς, ἢ τὸ ἐν ἐκ τούτων, ὑπογραμμίζονται ὑπὸ μικρᾶς ἐντομῆς τύπου «ulcus—wall» (σχ. 9). Ἐνίοτε, λόγῳ τῶν περισταλτικῶν κινήσεων, τὰ δύο ἄκρα αὐτῆς δὲν διακρίνονται, καὶ ἀκτινολογικῶς θὰ παρατηρήσωμεν μόνον μίαν τοπικὴν ἀκαμψίαν. Λόγῳ τῆς ἀκαμψίας ταύτης αἱ περισταλτικαὶ κινήσεις ἀλλάσσουν ἐν τῷ συνόλῳ τῆς τὴν φορὰν τῆς φωλεᾶς, ὅπως μετακινεῖται μία σανὶς ὑπὸ τῶν κυμάτων. Ὁ κρατῆρ τῆς εἶναι ἄκαμπτος, ἐνίοτε ἐλαφρῶς κυματοειδῆς. Ἡ σκιά τῆς φωλεᾶς εἶναι περισσότερο διαυγῆς τῆς ὑπολοίπου σκιάς τοῦ στομάχου. Ἐνίοτε παρατηροῦμεν ὅτι αὐ-



Σχῆμα 9.

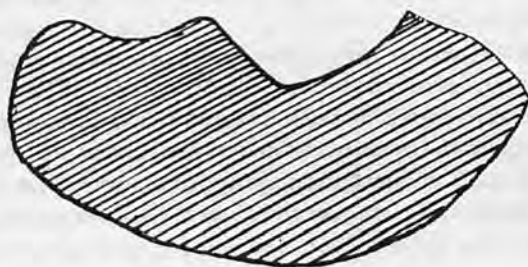
Φωλεὰ «ἐν ὑψιπέδῳ» (niche en plateau). (Κατὰ R. A. Gutmann).

τη διαχωρίζεται τῆς γαστρικῆς σκιάς ἀπὸ μίαν ἄλω, ἀντιστοιχοῦσαν εἰς τὴν προβολὴν τῶν χειλέων. Τοῦτο εἶναι κυρίως ἐμφανὲς ἐπὶ τῶν ἀκτινογραφιῶν κατόπιν πίεσεως, ὅποτε διαφαίνεται ἐν ἔπαρμα κυκλικόν, κατὰ τὸ μᾶλλον ἢ ἥττον πλήρες καὶ ἀνοικτοῦ χρώματος, μὲ σαφῆ ὄρια, ὅποτε ἔχομεν τὴν εἰκόνα ἐν εἴδει «πεσσοῦ», τοῦ Sieder.

Ἡ διάγνωσις τῆς φωλεᾶς ταύτης παρουσιάζει δυσχερείας, δεδομένου ὅτι ἐλάχιστα προέχει τοῦ ἐλάσσονος τόξου καὶ ὡς ἐκ τούτου δὲν γίνεται ἀντιληπτῆ, ἢ τούναντίον ἐκλαμβάνεται ὡς μία συνήθης περισταλτικὴ κίνησις. Ἐντοπίζεται ἐπὶ οἰουδήποτε τμήματος τοῦ ἐλάσσονος τόξου ἀπὸ τοῦ καρδιακοῦ στομίου μέχρι καὶ τοῦ πυλω-

ροῦ. Τὸ μέγεθός της ἐξαρτᾶται ἀπὸ τὸ στάδιον ἐξελιξεώς της. Ὑπάρχουν φωλεαὶ μικροῦ μεγέθους, ὅπως καὶ ἄλλαι λίαν ἐπιμήκεις. Αὐξάνουσα εἰς μέγεθος διατηρεῖ τὴν ἀρχικὴν ἀκτινολογικὴν ὄψιν της. Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ἐρμηνεύει μίαν νεοπλασίαν εἰς ποσοστὸν ἄνω τῶν 90%. Παρουσία ἐπομένων μιᾶς τοιαύτης φωλεᾶς θὰ ἐφαρμόσωμεν ἀμέσως τὴν θεραπευτικὴν δοκιμασίαν.

Ἡ φωλεὰ αὕτη δὲν πρέπει νὰ συγγέεται μὲ τὴν ὑπὸ τοῦ Ackerglund περιγραφείσαν τῷ 1922 ἐπίπεδον κατάχωση. Πρόκειται περὶ μιᾶς εὐθυγράμμου καὶ ἀκάμπτου καταχώσεως κειμένης ἀμέσως ὑπερθεν καὶ κάτωθεν μιᾶς φωλεᾶς, ἥτις δὲν ἔχει καμμίαν σχέσιν μὲ τὴν φωλεάν ἐν ὑψιπέδῳ παρὰ μερικῶς μόνον, τὴν ὁμοιάζουσαν ὀνομασίαν της (plateau förmige). Ἐπίσης πολλὰ διαγνωστικὰ λάθη



Σχῆμα 10.

Τριγωνικὴ φωλεὰ, δυναμένη νὰ συγχυθῆ μὲ μίαν κοινὴν περισταλτικὴν κίνησιν τοῦ στομάχου.
(Κατὰ R. A. Guimann καὶ Peristiany).

προέρχονται ἐκ τῆς συχνῆς συγχύσεως μεταξὺ φωλεῶν ἐν ὑψιπέδῳ καὶ ὠρισμένων ἄλλων μεγάλων ἐπιπέδων φωλεῶν. Αἱ τελευταῖαι ὅμως εἶναι πολὺ πλέον βαθεῖαι καὶ ἐκτεταμέναι καὶ ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ἐρμηνεύουν μίαν καλοήθη ἀλλοίωσιν.

Εἰς τὰς δυσχερεῖς περιπτώσεις ἐξαιρετικῶς χρήσιμος διὰ τὴν διάγνωσιν ἀποβαίνει ἡ φαρμακο-ακτινοδιαγνωστικὴ μέθοδος, ἥτις θὰ μᾶς προσδιορίσῃ τὸ σχῆμα καὶ τὴν ἔκτασιν ἐνός καρκίνου τοῦ στομάχου ἐν τῇ ἀρχῇ. Ὅταν ἀρχομένη τις καρκινωματώδης βλάβη ἐμφανίζῃ μίαν λίαν ἐπιπολῆς ἐξέγκωσιν, εἶναι δυνατόν αἱ συνήθεις ἀκτινογραφίαι νὰ μὴ τὴν ἀποκαλύψουν παρὰ ὑπὸ τὴν μορφήν διηθήσεως ἢ ἐλαφροῦς ἐντειχίσεως. Κατόπιν μορφίνης, λόγῳ τῶν προκαλουμένων ἀλλοιώσεων τοῦ στομάχου, διαγράφονται καλῶτερον αἱ ἐπιπολῆς διαβρώσεις, οὕτως ὥστε ἐκεῖ ὅπου παρετηρεῖτο μία μικρὰ διήθησις, νὰ ἐμφανισθῆ μία χαρακτηριστικὴ φωλεὰ ἐν ὑψιπέδῳ.

2) Μεγάλη τριγωνική φωλεά (La grosse niche triangulaire).

Ἡ ἀκτινολογική αὐτῆ εἰκὼν περιεγράφη τὸ πρῶτον τῷ 1937 ἀπὸ τὸν Gutmann. Ἄφορᾷ μίαν ἀρκετὰ εὐμεγέθη φωλεάν, μὲ ἀρκετὰ εὐρεῖαν βάσιν. Ἐν ἀντιθέσει μὲ τὴν φωλεάν ἐν ὑσιπέδῳ, ἥτις ὡς εἶδομεν εἶναι μία ἐξέλκωσις λίαν ἐπιπολής, ἡ τριγωνική εἶναι ἀρκετὰ βαθεῖα, στενοῦται δὲ ἐφ' ὅσον προβάλλει τοῦ ἐλάσσονος τόξου, καὶ οὕτω προσλαμβάνει τὸ χαρακτηριστικὸν τριγωνικὸν σχῆμα, διαφέρουσα τοιοῦτοτρόπως μιᾶς ἐλλείψεως (σχ. 10). Λόγω τῶν στρογγύλων γωνιῶν, ἀρκετὰ συχνὰ δὲν διαγιγνώσκεται, παρὰ τὸ μέγεθός της, καὶ ἐκλαμβάνεται ὡς συνήθης περισταλτικὴ κίνησις. Ἡ σύγχυσις εἶναι ἔτι μεγαλύτερα, δεδομένου ὅτι ἡ ἐπιφάνειά της ἐμφανίζεται ὁμοιόμορφος ἢ ἐλάχιστα στικτή, ὁπότε μόνον προσλαμβάνει καρκινωματώδη ὄψιν.

Χωρὶς νὰ εἶναι καὶ ἀπολύτως παθογνωμονικὴ ἡ μεγάλη αὐτῆ τριγωνικὴ φωλεά, ἀπαντᾷ σπανίως εἰς τὰ ἔλκη. Εἶναι ἐξαιρετικῶς ὑποπτος, ὅταν ἀνευρίσκειται παρὰ τὴν προπυλωρικὴν μοῖτραν τοῦ στομάχου. Ἡ φαρμακο-ακτινοδιαγνωστικὴ μέθοδος καὶ ἡ λήψις ἀκτινογραφιῶν ἐν σειρᾷ θὰ τὴν διαφορίσουν ἀπὸ τὰς περισταλτικὰς κινήσεις. Ἡ μὴ ἐξαφάνισις της κατόπιν τῆς θεραπευτικῆς δοκιμασίας ἀποτελεῖ ἀπόλυτον ἔνδειξιν διὰ τὴν χειρουργικὴν ἐπέμβασιν.

3) Εἰκόνες καταχώσεως ἢ ἐντετειχισμένης φωλεᾶς (Les aspects encastrés) (σχ. 11). Μελετῶντες τὴν διηθητικὴν μορφήν, εἶδομεν ὅτι αἱ διάφοροι εἰκόνες σφῆνης κ.λ.π. εἶναι ἐξαιρετικῶς ὑποπτοι, ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἱστολογικὴν τῶν ὕφην.

Ἐπὶ τοῦ πυθμένου τῆς εἰδικῆς ταύτης εἰκόνας, ὅστις λόγῳ τῆς διηθήσεως ἐμφανίζεται ἄκαμπτος, παρατηροῦνται ἐνίοτε ἐπιπρόσθετοι φωλεαί. Ὁ συνδυασμὸς, ἢ συνύπαρξις δύο τοιούτων ἀνωμάτων εἰκόνων, προσλαμβάνει ἰδίους χαρακτήρας κακοηθείας.

Εἶναι δυνατὸν τοιοῦτοτρόπως νὰ παρατηρήσωμεν τὸν συνδυασμὸν μιᾶς ἐνσφηνωμένης φωλεᾶς ἐντὸς μιᾶς «ἐν εἶδει χειρουργικοῦ δίσκου». Πρόκειται περὶ μιᾶς κατὰ τὸ μᾶλλον ἢ ἥττον ἐπιμήκουσ φωλεᾶς ἐν εἶδει χειρουργικοῦ δίσκου, ἥτις ἀφορίζεται ἐκατέρωθεν ἀπὸ δύο ἄκαμπτα χεῖλη, εὐθέα ἢ καμπύλα. Εἰς τὸ βάθος τοῦ οὕτω πῶς σχηματισθέντος φρέατος παρατηρεῖται ἑτέρα φωλεά εἴτε μικρά, εἴτε ἐλαφρῶς προβάλλουσα, εἴτε ἐπιμήκης, ὁπότε συγχέεται μὲ τὸν πυθμένα τῆς ἀρχικῆς φωλεᾶς.

Ἐντὸς μιᾶς ἐντετειχισμένης φωλεᾶς εἶναι ἐπίσης δυνατὸν νὰ παρατηρήσωμεν τὴν ὑπαρξιν μιᾶς ἐπιπροσθέτου μικρᾶς φωλεᾶς, ἐχούσης τοὺς χαρακτήρας μιᾶς κοινῆς φωλεᾶς ἔλκουσ. Ὁ συνδυασμὸς

οὗτος εἶναι ἐξαιρετικῶς ὑποπτος, διότι μία συνήθης φωλεὰ μικροῦ μεγέθους δὲν δημιουργεῖ φλεγμονὴν καὶ διήθησιν τῶν ἰστών, ὥστε νὰ δώσῃ τὴν εἰκόνα ταύτην τῆς ἐντετελισμένης ἀκαμψίας (σχ. 12).

Ὁ ἀρχόμενος καρκίνος τοῦ στομάχου εἶναι δυνατόν νὰ ἐκδηλωθῇ ἀκτινολογικῶς ὑπὸ πλείστας ἄλλας μορφάς. Οὕτω δύναται νὰ προσλάβῃ τοὺς χαρακτηῆρας φωλεᾶς ἐντὸς ἐλλείψεως, ἀλλὰ καὶ τὴν ὄψιν μιᾶς συνήθους φωλεᾶς ἔλκους. Ἡ φωλεὰ αὕτη εἶναι δυνατόν νὰ εἶναι στρογγύλη μὲ ἐλάχιστον βάθος. Ἡ ἀκτινολογικὴ διάγνωσις εἰς τὰς συνήθεις αὐτάς φωλεὰς εἶναι ἐξαιρετικῶς δυσχερής. Ἡ φωλεὰ αὕτη ἐμφανίζεται πλέον εὐρεῖα παρὰ ἐπιμήκης. Τὰ ὄρια τῆς εἶναι ἀνώμαλα, ἡ δὲ ἐπιφάνειά τῆς ὁμοιογενής· μία ἰδιάζουσα εἰκὼν φωλεᾶς εἶναι ἡ ἐμφανίζουσα περιφερικὸν ἔπαρμα ἐν εἴδει ἄλλω (bourrelet). Οὕτως ἡ φωλεὰ περιβάλλεται ἀπὸ μίαν ἀνοικτοῦ χρώματος, ἡμικυκλικὴν καὶ κοίλην ἄλω. Ἡ ἄλω αὕτη περιβάλλει ἐξ ὁλοκλήρου τὴν φωλεάν, ὅταν παρατηρηθῇ κατὰ μέτωπον καὶ κατόπιν ἐλαφρᾶς συμπίεσεως. Εἰς τοὺς παλαιότερον περιγραφέντας εὐμεγέθεις καρκίνους, ἡ εἰκὼν αὕτη, ἐρμηνεύουσα ἐξηλκωμένους καρκίνους, ἦτο γνωστὴ ὡς «εἰκὼν ἐν εἴδει πεσσοῦ», παρατηρουμένη δὲ κατὰ μέτωπον ἀπεκαλεῖτο ὑπὸ τῶν Γερμανῶν συγγραφέων «πινακοειδής» φωλεὰ.

Αἱ καρκινωματώδεις αὗται φωλεαὶ παρουσιάζουν ὠρισμένους ἰδίους χαρακτηῆρας, ὅπως τὴν καθίζησιν, τὴν ἀπότομον διακοπὴν τῶν πτυχῶν τοῦ βλεννογόνου, ἐν ἀντιθέσει μὲ τὴν σύγκλισιν τούτων, ἧτις παρατηρεῖται εἰς τὰ ἔλκη, ἂν καὶ ἐδημοσιεύθησαν περιπτώσεις μὲ τοιαύτην σύγκλισιν τῶν πτυχῶν καὶ εἰς τοὺς καρκίνους. Παρατηρεῖται ἐπίσης διήθησις τῶν γειτονικῶν ἰστών, ἐκδηλουμένη διὰ τῆς παχύνσεως, τῆς ἀκαμψίας καὶ τῆς μὴ μεταβολῆς τῶν πτυχῶν. Τέλος παρατηρεῖται ἐνίοτε ἔναντι τῆς φωλεᾶς καὶ ἐπὶ τοῦ μείζονος τόξου μία μόνιμος καὶ ἀκίνητος ἐντομή. Ἡ ἐντομὴ αὕτη ὀφείλεται εἰς τὴν ἔλξιν τοῦ μείζονος τόξου, ἧτις προκαλεῖται ἀπὸ τὸν ἐρεθισμόν τῶν νεύρων καὶ τῶν μυϊκῶν ἰνῶν ὑπὸ τοῦ νεοπλάσματος. Τοῦτο ἀποτελεῖ τὸ σημεῖον τοῦ ἀραρέ, ὅπως τὸ ἀπεκάλεσεν ὁ Gutmann.

Ὁ καρκινωματώδης βλεννογόνος δύναται νὰ ὑποστῇ τὴν αὐτοπεψίαν καὶ νὰ δημιουργηθῶν ὡς ἐκ τούτου ἐξέλκωσις ποικίλου βάρους, ὅπως διὰβρωσις, ἐξέλκωσις καὶ ἔλκος μέχρι διακοπῆς τῆς



Σχῆμα 11.

Ἐντείχισις περιωρισμένης ἐκτάσεως.
(Κατὰ R. A. Gutmann)

μυϊκής στοιβάδος τοῦ ὑποβλεννογονίου. Εἰς τὰς περιπτώσεις ὅμως αὐτάς, ἂν καὶ τὰ χεῖλη τοῦ ἔλκουσ εἶναι νεοπλασματικά, ὁ καρκίνος περιορίζεται εἰσέτι εἰς τὸν βλεννογόνον. Ἐφ' ὅσον αὐξάνει ἢ καταστροφή, αὐξάνει καὶ τὸ ἔλκος καὶ ἡ ὑπὸ τοῦ βαριούχου πόλτου πλήρωσις του δημιουργεῖ τὰς ἀκτινολογικὰς φωλεὰς.

Ὁ καρκίνος ὅμως περιορίζεται πάντοτε εἰς τὸν βλεννογόνον. Οὕτως ἡ φωλεὰ ἀντιπροσωπεύει μόνον τὸ ἀποτύπωμα τοῦ ἔλκουσ,



χωρὶς ἰδίους καρκινωματώδεις χαρακτηρισ, ἐνῶ τὰ ὑποπτα νεοπλασματικά σημεῖα, ὅπως ἡ παραμονὴ τῆς φωλεᾶς, ἢ περὶ τὴν φωλεὰν ἐντετοπισμένη ἀκαμψία, ἢ εἰκὼν ἐν εἴδει χειρουργικοῦ δίσκου, ἢ ἐντετειχισμένη φωλεὰ, ἢ χαλαρὰ καθίζησις τοῦ Ackerlund, ἐξαρθῶνται ἐκ δευτεροπαθῶν φαινομένων, ὅπως σκλήρυνσις, συμφόρησις κ.λ.π.



Ἀναλόγως τῆς ἐκτάσεως τῆς πεπτικῆς διαβρώσεως θὰ ἐμφανισθῇ εἴτε μίᾳ ἀπλῆ φωλεὰ ἢ τοιαύτῃ ἐν εἴδει χειρουργικοῦ δίσκου. Ἐπίσης μερικαὶ ἐξέλκωσις δὲν δίδουν ἀκτινολογικῶς εἰκόνας φωλεᾶς.



Μία ἐντετοπισμένη ἐξέλκωσις τοῦ καρκινωματώδους βλεννογονίου, συνοδευμένη καὶ ὑπὸ συμφορήσεως καὶ ἐκτεταμένης ὑποβλεννογονίου σκλήρυνσεως, θὰ δώσῃ τὴν κλασσικὴν εἰκόνα τῆς ἐντετειχισμένης κοινῆς φωλεᾶς ἢ τῆς φωλεᾶς ἐντὸς τόξου. Ἱστολογικῶς πρόκειται περὶ

Σχῆμα 12.
Διάφοροι εἰκόνας ἐντείχσεως μετὰ ἢ ἀνευ φωλεᾶς.
(Κατὰ R.A. Guimann
καὶ Th. Peristiany)

καρκίνου τοῦ βλεννογονίου, ὅστις τοπικῶς ἔχει ἐπιπλακῆ ἀπὸ μίαν μικρὰν πεπτικὴν ἐξέλκωσιν.

Εἰς τὰς φωλεὰς ἐν εἴδει χειρουργικοῦ δίσκου ἢ ἐξέλκωσις εἶναι λίαν ἐπιπολῆς καὶ ἐπεκτείνεται κατὰ τὴν ἐπιφάνειαν. Ἡ σκλήρυνσις, ἣτις συνοδεύει τὸν καρκίνον τοῦ βλεννογονίου, ἀναλόγως τοῦ βαθμοῦ ἐπεκτάσεώς της, δημιουργεῖ καὶ τὰς διαφόρους ἀκτινολογικὰς εἰκόνας, ὅπως ἐν ὑσιπέδῳ, ἐντετειχισμένην ἢ ἐντὸς ἐλλείψεως. Πράγματι, ὁ καρκίνος οὗτος τοῦ βλεννογονίου συνοδεύεται ἀπὸ ἐκτεταμένην καὶ σημαντικὴν σκλήρυνσιν τοῦ ὑποβλεννογονίου, οὕτως ὥστε ἡ ἐξέλκωσις μὴ δυναμένη νὰ προχωρήσῃ εἰς βάθος ἐπε-

κτείνεται εις επιφάνειαν, έξ οὐ και τὸ σχῆμα τῆς ἐκτεταμένης και ἐπιπολῆς φωλεᾶς ἐν ὑσιπέδῳ.

Ἐν συμπεράσματι, ἡ συγκριτικὴ μελέτη τῶν ἀκτινολογικῶν σημείων τῶν καρκίνων τοῦ στομάχου εἰς τὰ διάφορα στάδια ἐξελίξεως ἀποκαλύπτει τὴν ὑπαρξιν ἐνὸς ἀνατομικοῦ ὑποστρώματος, ὅπερ διαφέρει ἀναλόγως τοῦ βαθμοῦ ἐξελίξεως.

Κατὰ τὴν περίοδον τῆς ἀκμῆς ἡ ἀκτινολογικὴ εἰκὼν ἔχει ἄμεσον σχέσιν μετὰ τὴν καρκινωματώδη βλάβην.

Εἰς τὸ ἀρχικὸν ὁμῶς στάδιον τοῦ καρκίνου τοῦ βλεννογόνου ἢ και τοῦ ὑποβλεννογονίου, ἡ ἀκτινολογικὴ εἰκὼν οὐδόλως ἀντιπροσωπεύει τὴν λόγῳ τοῦ καρκίνου βλάβην, ἀλλὰ ἀποκλειστικῶς και μόνον τὰς ἐξ ἀντιδράσεως ἀλλοιώσεις τοῦ ὑποβλεννογονίου, αἵτινες ἐπεκτείνονται κατὰ πολὺ εἰς ἐπιφάνειαν και πέραν τῆς μικροτάτης ἀλλοιώσεως τοῦ ὑποβλεννογονίου, ἥτις και τὰς προεκάλεσε: σκλήρυνσις, σύσπασις τοῦ μυϊκοῦ χιτῶνος τοῦ ὑποβλεννογονίου, φλεγμονώδης και οἰδηματώδης διήθησις, λειτουργικαὶ ἀλλοιώσεις τοῦ περὶ τὴν βλάβην βλεννογονίου ἐκμαγείου. Τὰς ἀντιδραστικὰς ταύτας ἀλλοιώσεις παρακολουθοῦμεν κυρίως κλινικῶς και ἀκτινολογικῶς. Καὶ ἐφ' ὅσον αὗται ἐπηρεάζονται ἀμέσως ἀπὸ τὴν ὑπαρξιν τῆς καρκινωματώδους ἐξαλλαγῆς τοῦ ἀντιστοίχου βλεννογόνου, φαίνονται ὡς ἐάν και αἱ ἀκτινολογικαὶ ἀνωμαλίαι νὰ εἶναι τὸ ἄμεσον ἀποτέλεσμα τῆς καρκινωματώδους βλάβης.

Δὲν δυνάμεθα ἐπομένως ἐκ μόνης τῆς ἀκτινολογικῆς εἰκόνας, ὅπως τοῦτο εἶναι δυνατόν εἰς τὰς μεγάλας ἀλλοιώσεις, νὰ κρίνωμεν μετὰ βεβαιότητος ἐάν ἡ παρατηρουμένη βλάβη εἶναι καλοήθης ἢ κακοήθης. Εἰς τὰς περιπτώσεις τοῦ ἀρχομένου καρκίνου ἢ κατὰ τὰς εἰς τῶν διαφόρων ἀκτινολογικῶν εἰκόνων θὰ χρησιμεύσῃ κυρίως εἰς τὸ νὰ διακρίνωμεν ταύτας εἰς ὑπόπτους και μὴ ὑπόπτους, δεδομένου ὅτι και καλοήθεις ἀλλοιώσεις εἶναι δυνατόν νὰ δώσουν παρομοίας ἀκτινολογικὰς εἰκόνας: Ἡ ἐπίμονος κλινικὴ παρατήρησις, ἢ συνεχῆς ἀκτινολογικὴ παρακολούθησις, κυρίως διὰ τῆς φαρμακοακτινοδιαγνωστικῆς μεθόδου, ἢ θεραπευτικὴ δοκιμασία, θὰ μᾶς ἐπιτρέψουν ἀσφαλῶς νὰ διαγνώσωμεν ἕνα καρκίνον ἐντετοπισμένον εἰς τὸν βλεννογόνον.

III. ΕΚΒΛΑΣΤΙΚΗ ἢ ΥΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΗ ΜΟΡΦΗ

Ἡ μορφή αὕτη χαρακτηρίζεται ἀπὸ τὴν ὑπαρξιν ὄγκου, τοῦ ὁποίου ἢ κυρία ἀκτινολογικὴ εἰκὼν θὰ εἶναι ἡ ἔλλειψις. Αὕτη ἀσχηματίζεται, διότι ὁ ἐντὸς τοῦ στομάχου ὄγκος προβάλλει ἀναπτυσσόμενος και ἐμποδίζει τοπικῶς τὴν ὑπὸ τοῦ βαριούχου πόλτου

πλήρωσιν. Ἡ ἔλλειψις εἶναι ἐπομένως τὸ ἀποτύπωμα τοῦ ἐνδογαστρικοῦ νεοπλασματος.

Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον, ὅταν ἐξετάζωμεν τὸ πρῶτον τὸν ἄρρωστον, ἡ εἰκὼν αὕτη τῆς ἐλλείψεως εἶναι ἀρκετὰ ἐκτεταμένη. Σπανίως θὰ συλλάβωμεν μικρὰς ἐκτάσεως ἔλλειψιν. Αὕτη εἶναι δυνατὸν νὰ ἐμφανισθῇ ὑπὸ δύο μορφάς. Καὶ ἄλλοτε μὲν πρόκειται περὶ μιᾶς ἀκάμπτου μοίρας, ἀναλόγου μὲ ἐκείνην, ἣτις παρατηρεῖται εἰς τὰς διηθητικὰς μορφάς καὶ κατὰ μῆκος τοῦ ἐλάσσονος τόξου τοῦ στομάχου κυρίως. Θὰ παρατηρήσωμεν ὅμως, ὅτι ἡ χώρα αὕτη εἶναι ἀνώμαλος, διδουσα τὴν εἰκόνα ἀκάνθης ἢ ἐν εἴδει πρίονος, μὲ ἐνίοτε μικρὰς εἰκόνας ἐλλείψεως ἐν εἴδει τόξου, τὰς ὁποίας ὁ Gutmann παραβάλλει μὲ «ποντικοφαγωμένας». Ἄλλοτε πάλιν παρατηροῦμεν ἐπὶ ἐνὸς ἐκ τῶν τόξων μίαν μικρὰν εἰκόνα ἐλλείψεως μὲ ὄρια ὀμαλά, σαφῆ, πολυκυκλικά, ἀποτελούμενα ἀπὸ καμπύλας διαφόρου μεγέθους, αἵτινες διασταυροῦνται. Εἰς ὅλας τὰς διαδοχικὰς ἀκτινολογικὰς ἐξετάσεις ἡ εἰκὼν αὕτη τῆς ἐλλείψεως εἶναι σταθερὰ καὶ μόνιμος. Παρὰ τὸ σημεῖον αὐτὸ αἱ περισταλτικαὶ κινήσεις τοῦ στομάχου διακόπτονται, οὐδέποτε δὲ μεταβάλλουν τὸ σχῆμα τῆς ἐλλείψεως. Αἱ πτυχαὶ δὲν προσβάλλονται, ἀλλὰ διακόπτονται ἢ καθυλοῦνται περὶ τὴν βλάβην, χάνουσαι τοιοῦτοτρόπως τὴν ἐλαστικότητά των. Ἄλλοτε ἐμφανίζονται εὐμεγέθεις, πεπαχυσμένα. Ἐνίοτε ὅμως αἱ πτυχαὶ δὲν διακόπτονται, ἀλλὰ συγκλίνουν πρὸς τὴν βλάβην, ἐντὸς τῆς ὁποίας καὶ καταλήγουν.

Ἡ διάγνωσις καθίσταται ἐξαιρετικῶς δυσχερῆς, ὅταν ὁ καρκίνος ἐδράζεται ἐπὶ μιᾶς τῶν ἐπιφανειῶν τοῦ στομάχου. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς ἡ ἐξέτασις δεόν νὰ γίνῃ μὲ λεπτὸν στρώμα βαρίου ἢ κατόπιν συμπίεσεως, ὁπότε θ' ἀποκαλυφθῇ μία ἔλλειψις εἰς τὸ κέντρον τοῦ σώματος τοῦ στομάχου. Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ὅμως, ὅταν διαγιγνώσκειται τὸ πρῶτον ἡ ἔλλειψις, εἶναι ἤδη ἀρκετὰ εὐμεγέθης. Ἐμφανίζεται τότε ὡς μία εἰκὼν μὲ στρογγύλα καὶ σαφῆ ὄρια ἢ ὑπὸ μορφήν ἀνθοκραμβοειδῆ. Πρόκειται περὶ χαρακτηριστικῶν εἰκόνων ὀφειλομένων εἰς μεγάλην ἀπώλειαν ὕλης μὲ κυρτότητα πρὸς τὴν γαστρικὴν σκιάν, αἵτινες ἀρχικῶς μὲν προσδίδουν εἰς τὰ τόξα μίαν ἀκανθοειδῆ εἰκόνα, ἵνα ἐν συνεχείᾳ τὰ καταστρέψουν.

Γενικῶς, ὅσον ἀφορᾷ τὰς ἐκβλαστικὰς ταύτας μορφάς, ἐλάχιστα διαφέρει ἡ ἀκτινολογικὴ των εἰκὼν εἰς τὸ ἀρχικὸν στάδιον ἀπὸ τὸ στάδιον τῆς ἀκμῆς. Ἡ μόνη διαφορὰ εἶναι τὸ μέγεθός των. Ἡ πλέον πρόσφορος περιοχὴ διὰ τὴν πρῶτον διάγνωσιν εἶναι ὁ πυλωρός. Ὄταν ὁ ὄγκος ἐπεκταθῇ εἰς τὴν χώραν ταύτην, θὰ δώσῃ ἀναλόγως τοῦ σταδίου ἐξελίξεως εἴτε ἐν σχῆμα σήραγγος μὲ ἀνώμαλα ὄρια,

είτε την κλασσικήν εικόνα της πλήρους έξαλείψεως τοῦ πυλωροῦ, ὅστις ἀναπαρίσταται πλέον ἀπό μίαν λεπτοτάτην καί ἀνώμαλον γραμμὴν, μὲ αὐξησιν τοῦ διαστήματος μεταξὺ βάσεως βολβοῦ καί ὕγιους μοίρας τοῦ στομάχου.

Ὅταν ὁ ἐκβλαστικός καρκίνος ἐντοπίζεται ἐπὶ τοῦ μείζονος τόξου, δημιουργεῖ διαγνωστικὰς δυσχερείας εἰς τὸ ἀρχικόν στάδιον, λόγῳ τῶν ἤδη φυσιολογικῶς ἀνωμάτων πτυχῶν τοῦ στομάχου. Διὰ τῆς συμπίεσεως θὰ διακρίνωμεν τὸν ὄγκον τοῦτον ἐν μέσῳ τῶν ποικίλης μορφολογίας φυσιολογικῶν, ἀλλὰ λεπτῶν καί μὴ καθηλωμένων πτυχῶν.

Ἡ ἐντόπισις εἰς τὰς ἄλλας μοίρας τοῦ στομάχου, ὅπως ἐπὶ τοῦ καρδιακοῦ στομίου, ἐπὶ τοῦ πυθμένος, χρήζει ἐιδικῆς τεχνικῆς.

Εἰκόνα ἐλλείψεως εἶναι ἐπίσης δυνατόν νὰ δώσουν ὠρισμένοι μικροὶ μονήρεις ἢ πολλαπλοὶ ὄγκοι.

Εἰς περίπτωσιν μονήρους ὄγκου θὰ ἔχωμεν μίαν στρογγύλην καί μὲ ὀμαλὰ ὄρια ἐλλειψιν ἄνευ μεταβολῆς τῶν πτυχῶν. Ἡ διαπίστωσις ἀνωμάλου ἐλλείψεως εἶναι ἐξαιρετικῶς ὑποπτος. Ἡ διάγνωσις θὰ πρέπη κυρίως νὰ τεθῆ μεταξὺ κακοήθους ὄγκου καί καλοήθους, ὅπως λ.χ. ἐνός πολυπόδος.

Εἰς περίπτωσιν πολλαπλῶν ὄγκων θὰ ἔχωμεν τὰς εἰκόνας ἐν εἴδει διατρηθέντος στόχου ἢ πομφολύγων ἐκ σάπωνος, μὲ τὰς ὁποίας ὅμως πρέπει νὰ γίνῃ ἡ διαφορική διάγνωσις ἀπὸ ὠρισμένης πολυποδοειδεῖς γαστρίτιδας.

Πρέπει νὰ ἔχωμεν πάντοτε ὑπ' ὄψιν τὴν πιθανότητα ἐξαλλαγῆς ἐνός τοιοῦτου καλοήθους ὄγκου καί ὅτι τὰ ἀκτινολογικὰ σημεῖα δὲν ἐπιτρέπουν νὰ συλλάβῃ τις τὴν ἔναρξιν τῆς τοιαύτης ἐξαλλαγῆς.

Β' ΚΛΙΝΙΚΑΙ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑΙ ΜΟΡΦΑΙ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟΝ ΤΗΣ ΑΚΜΗΣ.

Ἡ ἀκτινολογική διάγνωσις τοῦ καρκίνου τοῦ στομάχου κατὰ τὴν περίοδον τῆς ἀκμῆς οὐδεμίαν σχεδὸν δυσχερείαν παρουσιάζει. Θὰ ἀνεύρωμεν καί ἐδῶ τὰς προηγουμένως περιγραφείσας ἀκτινολογικὰς καί ἀνατομικὰς μορφάς, ἀλλὰ πολὺ πλέον ἐκσεσημασμένας. Οὕτως, ἀναλόγως τῆς περιπτώσεως, θὰ παρατηρήσωμεν τὴν ὑπερπλαστικὴν μορφήν, τὴν διηθητικὴν ἢ τὴν ἐλκώδη.

α) Ἡ ἐκβλαστικὴ μορφή, δηλαδή ὁ ἐνδογαστρικός ὄγκος, θὰ ἔχη καί ἐδῶ ὡς ἀκτινολογικὴν ἔκφρασιν τὴν ἐλλειψιν. Ἐντὸς τῆς κοιλότητος τοῦ ὄργανου προβάλλει εἰς ὄγκος, ὅστις ἀπωθεῖ τὸν βαριοῦχον πόλτον καί τοιουτοτρόπως περιγράφονται μόνον τὰ ὄρια του. Ὁ ὄγκος, ὡς διαβατὸς ὑπὸ τῶν ἀκτίνων, ἀποτυπῶνται ὡς μία

διαυγαζομένη έλλειψις, τὰ ὄρια τῆς ὁποίας εἶναι πολυκυκλικά, ὁμαλά ἢ ὄχι καί διαφόρου μεγέθους, μέ κυρτότητα πρὸς τὸ ἐσωτερικὸν τοῦ στομάχου. Ἄλλοτε πάλιν τὰ ὄρια εἶναι τελείως ἀνώμαλα, ἀσαφῆ.

Τὸ μέγεθος τῆς ἐλλείψεως θὰ εἶναι ἀνάλογον μέ τὸ τοῦ ὄγκου, ἢ εἰκὼν αὐτῆς εἶναι μόνιμος εἰς ὄλας τὰς ἀκτινογραφίας καί πάντοτε τοῦ αὐτοῦ μεγέθους, αἱ δὲ περισταλτικαὶ κινήσεις τοῦ στομάχου διακόπτονται πρὸ τῆς ἐλλείψεως, τὴν ὁποίαν δὲν μεταβάλλουν. Αἱ περὶ τὸν ὄγκον πτυχαὶ τοῦ βλεννογόνου δὲν ἀπωθοῦνται, ἀλλὰ διακόπτονται, προσδίδουσαι εἰς τὰς ἀκτινογραφίας μίαν χαρακτηριστικὴν ὄψιν διαφανῶν περιοχῶν περὶ τὸν ὄγκον.

β) Αἱ διηθητικαὶ μορφαὶ ἐκδηλοῦνται καί ἐδῶ διὰ μιᾶς ἀκαμψίας ποικίλης ἐκτάσεως. Προκαλοῦν ὠρισμένας παραμορφώσεις τοῦ στομάχου, ἀναλόγως τῆς ἐντοπίσεως, τὸν ὁποῖον σμικρύνουν ἢ καί ἐνίστε ἔλκουν.

Οὕτως, ὅταν προσβάλλεται ἡ πυλωρικὴ χώρα, τὸ ἔλασσον τόξον εὐθυγραμμίζεται καί ἀνυψοῦται ὑπὸ γωνίαν ἄκαμπτον. Ὅταν ἡ διήθησις ἐπεκταθῆ, ὀλόκληρον σχεδὸν τὸ ἔλασσον τόξον παρουσιάζει μίαν εὐθυγράμμισιν, συχνά δὲ ἔλκεται πρὸς τὰ ἄνω καί τὸ μείζον τόξον, οὕτως ὥστε ὁ στόμαχος νὰ προσλαμβάνῃ τὸ σχῆμα κώνου. Ἡ διηθητικὴ αὕτη μορφή προκαλεῖ ἀνεπάρκειαν τοῦ πυλωροῦ μέ ἀποτέλεσμα τὴν ταχυτάτην ἐκκένωσιν τοῦ στομάχου.

γ) Ἡ ἐλκώδης μορφή ἀντιπροσωπεύεται εἰς τὸ στάδιον τοῦτο ἀπὸ μίαν μεγάλην φωλεάν ἢ ἀπὸ μίαν μεγάλην καθίζησιν κ.ο.κ. Εἰς τὰς μορφάς αὐτάς τίθεται κυρίως τὸ πρόβλημα τῆς διαφορικῆς διαγνώσεως μεταξὺ ἔλκους καί καρκίνου καί πιθανῆς κακοήθους ἐξάλ-
λαγῆς.

ΜΟΡΦΑΙ ΑΝΑΛΟΓΩΣ ΤΗΣ ΕΝΤΟΠΙΣΕΩΣ

Ι. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ

Ἐξαιρετικῆς σημασίας, διότι ἀφ' ἐνὸς μὲν λόγῳ τῆς συχνότη-
τός του, ἀφ' ἑτέρου δὲ λόγῳ τῆς ἐντοπίσεως, προκαλεῖ συχνά φαι-
νόμενα στενώσεως καί ὡς ἐκ τούτου διαγιγνώσκεται ταχύτερον καί
χειρουργεῖται μέ εὐνοϊκά σχετικῶς ἀποτελέσματα.

Ἄρκετά συχνός, περιλαμβάνει τὰ 55% τῶν διαφορῶν ἐντοπί-
σεων τοῦ καρκίνου τοῦ στομάχου. Ἄλλοτε καταλαμβάνει τὸν πυλω-
ρόν, ἄλλοτε δὲ τὸ πυλωρικὸν ἄντρον ἐπεκτεινόμενος πρὸς τὸν
πυλωρόν. Πρόκειται εἴτε περὶ καρκίνου τοῦ ἐλάσσονος τόξου, εἴτε
τῶν ἐπιφανειῶν τοῦ ἄντρου εἰς μικρὰν ἀπόστασιν ἀπὸ τοῦ πυλωροῦ.

Ὡς ἐκ τούτου ὁ καρκίνος τοῦ πυλωροῦ ἐξελισσεται κατὰ διάφορα στάδια, τὰ ὁποῖα σχηματικῶς δυνάμεθα νὰ κατατάξωμεν ὡς ἑξῆς :

α) Προστενωτική περίοδος. Κατὰ τὸ μᾶλλον ἢ ἥττον μακρὰ, ἄνευ φαινομένων στενώσεως, χαρακτηρίζεται ἀπὸ διάφορα δυσπεπτικά φαινόμενα, ἀπὸ καταβολὴν τῶν δυνάμεων, ἀπὸ ἀνορεξίαν. Ἀργότερον ἐμφανίζονται τὰ φαινόμενα τῆς στάσεως.

β) Περίοδος στενώσεως. Ἐπὶ ὠρισμένον τι χρονικὸν διάστημα ἢ στένωσις εἶναι ἐλαφρᾶς μορφῆς, προεξάρχουν δὲ τὰ σημεῖα τοῦ καρκίνου. Οὗτος ἐκδηλοῦται διὰ πόνων ὀπίμων, διὰ συχνῶν ἐμέτων, οἵτινες καὶ τοὺς καταπραΰνουν. Οἱ ἔμετοι οὔτοι περιέχουν τροφάς. Οἱ καφεοειδεῖς ἔμετοι δὲν ὑπάρχουν πάντοτε, ἢ δυσκοιλιότης εἶναι συχνή. Κατὰ τὴν ἐξέτασιν τοῦ ἀρρώστου δυνατὸν νὰ παρατηρήσωμεν περισταλτικὰς κινήσεις, παφλασμόν καὶ διάτασιν τοῦ ἐπιγαστρίου. Ἡ ψηλάφησις δυνατὸν ν' ἀποκαλύψῃ τὴν ὑπαρξιν μάζης σκληρᾶς, ἀνωμάλου, μὲ ἄνισον ἐπιφάνειαν, ἀνώδυον, ποικίλης κινητικότητος. Ὁ καθητηριασμός τοῦ στομάχου θ' ἀποκαλύψῃ τὴν ὑπαρξιν ὑγροῦ στάσεως ἄνω τῶν 100 κ. ἐκ., τὸ ὁποῖον περιέχει ὑπολείμματα τροφῶν, ἐνίοτε δὲ καὶ αἷμα. Ἐλευθέρων ὕδρωχλωρικὸν ὀξύ ἄλλοτε ὑπάρχει, ἄλλοτε εἶναι λίαν ἠλαττωμένον, ἄλλοτε ἀπουσιάζει, μὲ αὔξισιν τοῦ γαλακτικοῦ καὶ ἄλλων ὀργανικῶν ὀξέων.

γ) Περίοδος διατάσεως. Ἡ ἐξέλιξις εἶναι ταχεῖα. Οἱ πόνοι εἶναι συνεχεῖς, ἀλλ' οὐχὶ καὶ ἔντονοι, οἱ δύσοσομοι ἔμετοι αὐξάνουν εἰς ποσότητα καὶ περιέχουν τροφάς πολλῶν ἡμερῶν. Λόγω τούτων δημιουργεῖται ταχύτατα μία καχεκτικὴ κατάστασις μὲ ἀφυδάτωσιν, μὲ ὑπότασιν, μὲ ἐλάττωσιν τῶν οὖρων, μὲ μεγάλην ἀπίσχανσιν. Ὁ θάνατος ἐπιταχύνεται ἐνίοτε ἀπὸ κάποιαν ἐπιπλοκὴν, ὅπως τετανίαν, ὀξέωσιν, δυσπεπτικὸν κῶμα.

Ὁ καρκίνος οὗτος τοῦ πυλωροῦ δυνατὸν νὰ ὑποδυθῇ ὠρισμένης ἄλλας κλινικὰς μορφάς. Οὕτως εἶναι δυνατὸν νὰ συνοδεύεται ὑπὸ πυλωρικῆς ἀνεπαρκείας, μὲ κυρίαν κλινικὴν ἐκδήλωσιν μίαν κατὰ τὸ μᾶλλον ἢ ἥττον συνεχῆ διάρροϊαν, μίαν λειεντερίαν. Ἄλλοτε πάλιν ἢ στένωσις εἶναι δυνατὸν νὰ ἐξελισσεται κατὰ τρόπον οὐχὶ συνεχῆ.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΩΝ

Θὰ ἔχωμεν δύο εἶδη συμπτωμάτων εἰς περίπτωσιν καρκίνου τοῦ πυλωροῦ : α) τὰ ἐκ τοῦ καρκίνου, β) τὰ ἐκ τῆς στενώσεως τοῦ πυλωροῦ.

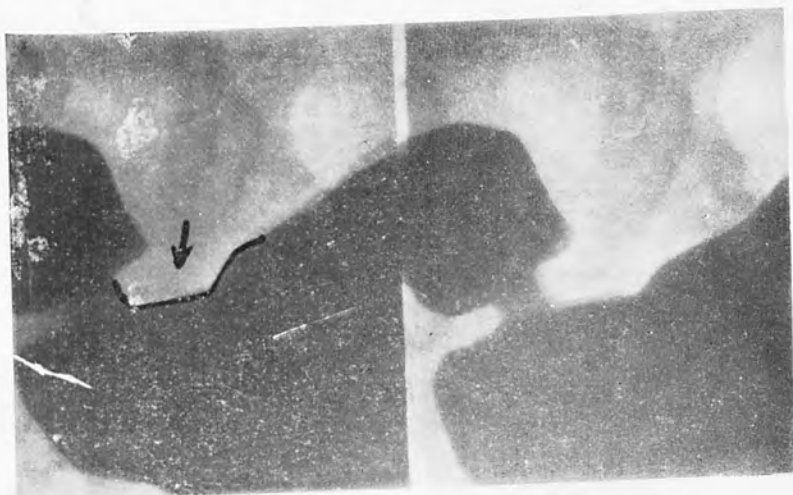
α) Τά άμεσα σημεΐα, τά όποΐα μαρτυροϋν τήν ύπαρξιν τοϋ καρκίνου, εΐναι εΐτε τά προηγουμένως περιγραφέντα τής διηθητικής ή τής έλκώδους μορφής, εΐτε τά έκδηλούμενα υπό μορφήν έλλειψεως.

Εΐς περίπτωσιν έντετοπισμένης άκαμψίας θά έχωμεν τήν γωνιώδη παραμόρφωσιν τοϋ πυλωροϋ ή, όσάκις ή διήθησις περιβάλλει δακτυλιοειδώς τό προπυλωρικόν άντρον, θά έχωμεν τά περιγραφέντα σχήματα τοϋ έπιμεμηκυσμένου πυλωροϋ, έν εΐδει κώνου σακχάρεως κ.λ.π. Άλλοτε πάλιν δυνατόν ό καρκίνος τής χώρας ταύτης νά έκδηλωθῆ υπό μορφήν φωλεάς, τής όποίας τάς διαφόρους μορφάς περιεγράψαμεν άνωτέρω.

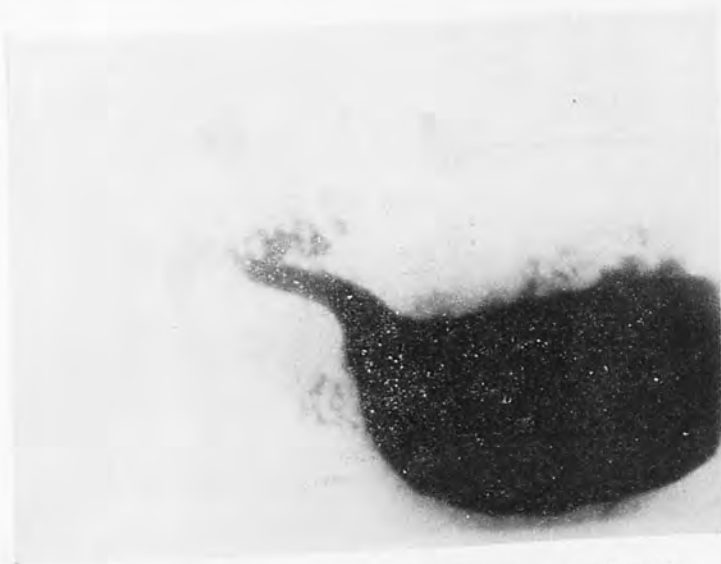
Ή έλλειψις έκδηλοϋται ώς μία συμμετρική διεύρυνσις τοϋ πυλωρικού σφιγκτήρος. Άλλοτε πάλιν παρατηροϋμεν παρά τήν παραπυλωρικήν μοΐραν τοϋ μείζονος τόξου μίαν έλλειψιν μικροϋ μεγέθους έν τῆ άρχῆ. Άργότερον ό πυλωρικός Ισθμός διαγράφεται ώς στενωμένος Ισθμός μέ άνώμαλα όρια. Εΐς πλέον προκεχωρημένην φάσιν όλόκληρος ή πυλωρική χώρα δέν πληροϋται, τό δέ εϋρος της άντιπροσωπεύεται από μίαν άνώμαλον γραμμήν εΐτε έκκεντρον εΐτε υπό μορφήν άνωμάλου κώνου. Εΐς περίπτωσιν δακτυλιοειδοϋς καρκίνου, ή άκτινολογική εΐκών εΐναι κεντρική καΐ προσλαμβάνει τό σχήμα άνωμάλου σήραγγος, δυσκάμπτου καΐ μέ μικράς προεξοχάς. Όταν ή στένωσις έπεκταθῆ, παρατηρεΐται μεταξύ στομάχου καΐ βολβοϋ μία λεπτή μόνον καΐ άνώμαλος γραμμή.

β) Σημεΐα στενώσεως. Εΐς τινας περιπτώσεις δέν εΐναι δυνατή άκτινολογικώς ή αιτιολογική διάγνωσις τής στενώσεως. Έάν μέν διακρίνεται ή έλλειψις, θά παρατηρήσωμεν ύπερθεν ταύτης καΐ άναλόγως τοϋ σταδίου εξέλιξεως τής στενώσεως, μίαν διάτασιν τοϋ στομάχου. Ή διάτασις αύτη άρχεται εΐς τήν περιοχήν εκείνην, όπου λόγω τής διηθήσεως ή μοΐρα αύτη δέν διαστέλλεται, ένϋ εΐς περίπτωσιν στενώσεως έξ έλκουσ ή διάτασις άρχεται από τοϋ πυλωρικού σφιγκτήρος. Εΐς περίπτωσιν καρκίνου αΐ περισταλτικάΐ κινήσεις εΐναι λίαν άσθενείς ή καΐ έλλείπουν λόγω τής διηθήσεως, άν καΐ παρατηροϋνται καΐ εΐς τάς περιπτώσεις αύτάς ύπερκινητικοΐ στόμαχοι. Θά παρατηρήσωμεν έπίσης ένα κενόν διάστημα μεταξύ βολβοϋ καΐ τής πεπληρωμένης μοΐρας τοϋ στομάχου, τό όποϊον δέον νά μās κινήση τήν ύποψίαν διά καρκίνον. Ή έλλειψις έπίσης έλξεως καΐ σμικρόνσεως τοϋ έλάσσονος τόξου συνηγορεΐ ύπερ τής στενώσεως έκ καρκίνου. Σημειωτέον, ότι, παρά τήν έκσεσημασμένην στένωσιν, ή έκκένωσις τοϋ στομάχου έξασφαλιζεται άρκούντως λόγω έλαφράς πυλωρικής άνεπαρκειας άφ' ενός καΐ άφ' έτέρου, διότι ό

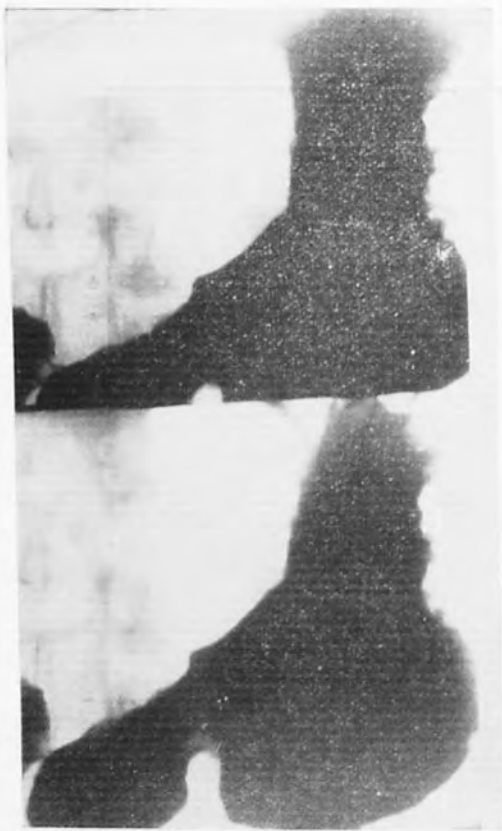
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ



Εικόν 1, 2. Έντετοιχισμένη φώλεα (Aspect encastré)



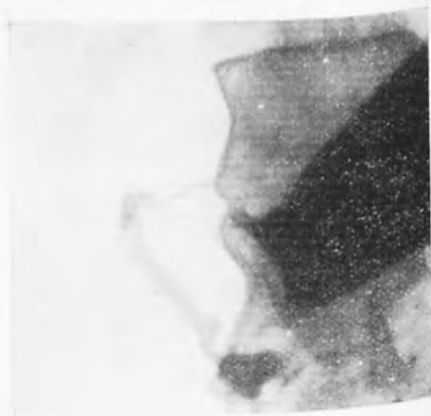
Εικόν 3. Διθητική μορφή νεοπλασματος του πυλωρού.



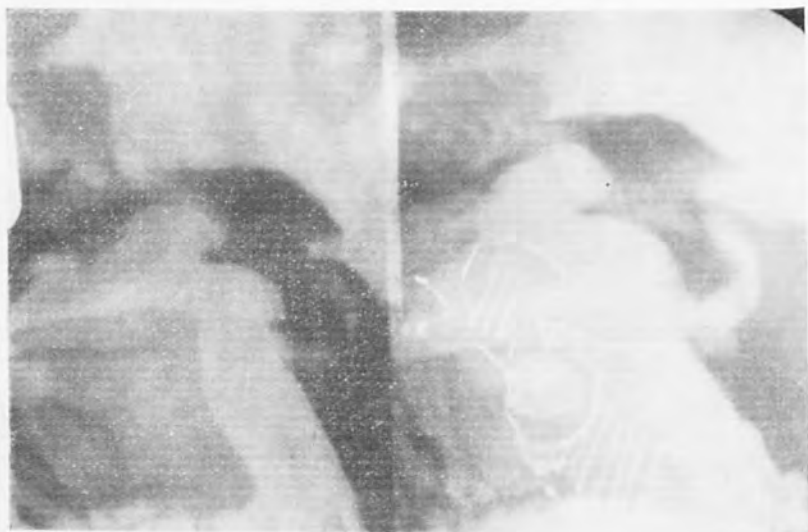
Εικών 4. Φωλεά «έν ύψιπέδω». (Niche en plateau).



Εικών 5. Έξηλκωμένος καρκίνος του προπυλωρικού άντρου.



Εικών 6. Άκρωτηριασμός τής προπυλωρικής μοίρας του στομάχου.



Εικών 7, 8. Φωλεά παρά τήν πυλωρικήν γώσσαν μετά του περιφερικού



Εικών 9. Καρκίνος τῆς προπυλωρικῆς μοίρας.
Ἐπέκτασις πρὸς τὸ μείζον τόξον.



Εικών 10. Ἐντετοπισμένον
νεόπλασμα παρά τὴν πυλωρι-
κὴν μοίραν.



Εικών 11. Μεγάλη φαλεὰ τοῦ προπυλωρικῶ ἄντρου.





Εικών 13. Διήθησις και άκαμψία του έλάσσονος τόξου μετά μονίμου διευρύνσεως τής γωνίας του στομάχου. (Ιούλιος 1951. Δεν διεγνώσθη. βλ. σ. 297).



Εικών 15. Πολλαπλοί όγκοι του προπυλωρικού άντρου.



Εικών 14. Ό αυτός άρρωστος. Έκτεταμένον νεόπλασμα. Φωλεά μετά περιφερικού έπάρματος (Bouffelet). (Άπρίλιος 1953. Έπιτυχής γαστρεκτομή).



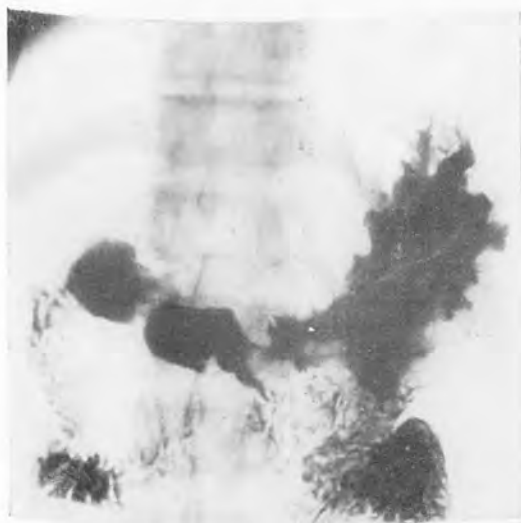
Εικών 16. Καρκίνος του προπυλωρικού άντρου.



Εικών 17. Μεγάλη καρκινωματώδης φωλεά ελάσσονος τόξου. Κυματοειδείς εικόνες του μείζονος τόξου.



Εικών 18. Έκτεταμένον νεόπλασμα προσδίδον τήν ὄψιν διλόβου στομάχου.



Εικών 19.

Εικών 19 20. Έκτεταμένον νεόπλασμα τοῦ στομάχου.



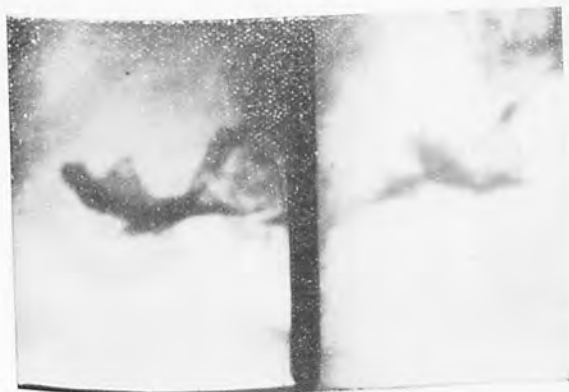
Εικών 20.



Εικών 21. Έκτεταμένη έλλειψις μείζονος τόξου.
Διήθησις τοῦ ἐλάσσονος μετὰ διευρύνσεως τῆς
γωνίας.



Εικών 22. Κακοήθης πλαστική λινίτις



Εικόν 23, 24. Καρκίνος τής καρδιακής μοίρας τοῦ στομάχου ἐπεκταθείς πρὸς τὸν οἰσοφάγον. Εἰκὼν ἐκκολπώματος. (Ὀλικὴ γαστρεκτομή).



Εἰκὼν 25. Καρκίνος ἐντετοπισμέ- νος παρὰ τὸ καρδιακὸν στόμιον



Εἰκὼν 26. Καρκίνος τοῦ πυθμένου τοῦ στομάχου. Ἐμπύρετος μορφή. (Βλ. σ. 2



Εἰκὼν 27. Καρκίνος τοῦ πυθ- μένου τοῦ στομάχου.



Εικών 28. Παρά τό μείζον τόξον τοῦ προφυλωρικοῦ ἄντρου εἰκῶν «ἐλλείψεως» μέ ὀμαλά ὄρια.



Εικών 30. Ὁ αὐτός ἄρρωστος. Γασ
δο
τροστομία. Ἐφηρέθησαν οἱ
ἄνωτέρω πολυπόδες.



Εικών 29. Ὁ αὐτός ἄρρωστος. Ἀκτινο-
γραφία κατόπιν μορφίνης. Ἡ «ἐλλειψις»
εἶναι πλέον ἐμφανής, δέν προσβάλλει τά
τόξα τοῦ στομάχου, δέν ἐπηρεάζει τήν
κινητικότητά καί δέν

σπασμός και αί περισταλτικά κινήσεις δέν έπηρεάζουν τήν δύσκαμ-
πτον λόγω καρκίνου παραμένουσαν διόδον. Ένίοτε δυνατόν νά
παρατηρήσωμεν και εις τόν καρκίνον μεγάλας στενώσεις, αί όποιαί
προσλαμβάνουν τό κλασσικόν λεκανοειδές σχήμα.

II. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΣΤΟΜΙΟΥ

Ένας καρκίνος έντοπιζόμενος είτε παρά τόν πυθμένα τοῦ στο-
μάχου είτε παρά τό άνωτατον τμήμα τής όπισθιας έπιφανείας δύνα-
ται νά έπεκταθῆ πρὸς τό καρδιακόν στόμιον. Ός έκ τούτου ό χρό-
νος τής πρώτης κλινικῆς έκδηλώσεως θά ποικίλλη, έξαρτώμενος από
τόν βαθμόν προσβολῆς τοῦ στομίου τούτου.

Κλινικῶς έπομένως ἡ δυσφαγία, τό κύριον σύμπτωμα τοῦ
καρκίνου τούτου, θά έκδηλωθῆ είτε πρώτως, είτε θά ξεπεται άλλων
έκδηλώσεων, όπως προσβολῆς τής γενικῆς καιαστάσεως, άνορεξίας,
άπισχνάνσεως κ.ο.κ. Ἡ δυσφαγία αὔτη εἶναι προοδευτική και επί-
μόνος, συνοδεύεται δέ συχνά υπό όπισθοστερνικῶν πόνων, οἵτινες
άντανακλῶνται κυρίως άριστερά ἢ πρὸς τόν οίσοφάγον, ἢ και πρὸς
αὐτόν τοῦτον τόν στόμαχον. Ένίοτε αντί τοῦ πόνου ἔχομεν έντονώ-
τατον αἴσθημα καύσου. Ταχύτατα ἡ γενική κατάσταση τοῦ άρρώ-
στου έπιδεινοῦται, ἡ δέ κλινική εἰκὼν εἶναι περισσότερον ἡ τοῦ καρ-
κίνου τοῦ οίσοφάγου.

Άκτινολογικῶς θά ἔχομεν κυρίως έκδηλώσεις έκ τοῦ οίσοφά-
γου. Ὁ βαριόχος πόλτος δυσκόλως διέρχεται διά τοῦ καρδιακοῦ
στομίου διαγράφων μίαν λεπτήν γραμμήν, ἥτις φαίνεται ὡς νά περι-
γράφῃ ἓνα ένδογαστρικόν ὄγκον. Ἄλλοτεάλιν τό βάριον άπωθει-
ται από τόν ὄγκον πρὸς τόν άεροθάλαμον, ὅστις γενικῶς εὔρηται
μεγάλου μεγέθους και διατεταμένος. Αὐτός οὔτος ό οίσοφάγος εἶναι
διατεταμένος, μέ τό κατώτερον τμήμα λίαν έστενωμένον επί μήκους
διατεταμένον, μέ τό κατώτερον τμήμα λίαν έστενωμένον επί μήκους
άρεκτων έκατοστομέτρων. Ἡ λειτουργική του ικανότης ἔχει προσ-
βληθῆ, αἱ πυχαι εἶναι διακεκομμένα, δυνατόν δέ νά παρατηρηθῆ
και ἓν είδος άκρωτηριασμοῦ τής τελικῆς του μοίρας. Ἐπιπρόσθετον
σημεῖον, χωρίς νά εἶναι και χαρακτηριστικόν, εἶναι και τό τής άνυ-
ψώσεως τοῦ άριστεροῦ ἡμιδιαφράγματος.

Διά τήν άνίχνευσιν τοῦ καρκίνου τούτου άπαιτεῖται ειδική τεχνι-
κή. Οὔτως αἱ άκτινογραφίαι θά ληφθοῦν εις θέσιν Trendelenburg,
ένίοτε δέ εις πλαγίαν θέσιν. Προσφάτως χρησιμοποιοῦν τήν διά
καθετήρος έμφύσησιν άέρος έντός τοῦ άεροθαλάμου, ὅστις άἠρ περι-
βάλλει τόν ὄγκον. Εἰς τās έξαιρετικῶς δυσχερεῖς περιπτώσεις, όπου
αἱ συνήθεις άκτινογραφίαι δέν άποκαλύπτουν τόν μολαταῦτα κλινι-

κῶς ὑποπτον καρκίνον τῆς μοίρας ταύτης, ἐκτελεῖται πνευμοπεριτόναιοι, χορήγησις βαρίου καὶ λήψις τομογραφίων.

III. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΑΛΛΩΝ ΜΟΙΡΩΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Οιαδήποτε μοῖρα τοῦ στομάχου δύναται νά προσβληθῆ ἀπὸ καρκίνον. Οὕτως ὁ καρκίνος τοῦ ἐλάσσονος τόξου τοῦ στομάχου χαρακτηρίζεται ἀκτινολογικῶς, κατὰ τὸ ἀρχικὸν στάδιον, ἀπὸ τὴν παρουσίαν μικροελλείψεων κατὰ μῆκος τοῦ ἐλάσσονος τόξου, ἐν εἴδει ὀδόντων πρίονος, μονίμων εἰς ὅλας τὰς ἀκτινογραφίας, αἵτινες βραδύτερον προσλαμβάνουν τὴν περιγραφεῖσαν χαρακτηριστικὴν ὄψιν τῆς ἐλλείψεως.

Ὁ καρκίνος τῶν ἐπιφανειῶν τοῦ στομάχου εἶναι δυσχεροῦς διαγνώσεως καὶ χρήζει πολλῶν καὶ εἰς ποικίλας θέσεις ἀκτινογραφίων. Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον πρόκειται περὶ ἐλκώδους καρκίνου ἐντοπιζομένου παρὰ τὴν ὀπισθίαν κυρίως ἐπιφάνειαν καὶ ἐξαιρετικῶς ἐπωδόνου. Συνήθως ἡ ἔλλειψις δὲν καταλαμβάνει μόνον τὴν ἐπιφάνειαν, ἀλλὰ προβάλλει καὶ ἐπὶ ἐνὸς ἐκ τῶν τόξων ἐπὶ τοῦ ὁποίου καὶ διακρίνεται αὕτη.

Ὁ καρκίνος τοῦ μείζονος τόξου εἶναι συνήθως βραδείας ἐξελίξεως καὶ κλινικῶς λανθάνων. Ἐνίοτε ἐκδηλοῦται εἴτε μὲ φαινόμενα ἀναιμίας, εἴτε μὲ ἐμέτους, εἴτε μὲ πόνους, εἴτε διὰ γαστροπραγίας. Ἀκτινολογικῶς θὰ παρατηρήσωμεν μίαν φωλεάν, συνηθέστερον μίαν μεγάλην ἔλλειψιν.

ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΛΙΝΙΤΙΣ

Πρόκειται περὶ μιᾶς σπανίας καὶ εἰδικῆς μορφῆς καρκίνου τοῦ στομάχου, ἥτις χαρακτηρίζεται ἐκ τοῦ γεγονότος, ὅτι διηθεῖ τὰ τοιχώματα τοῦ στομάχου, πλὴν τοῦ βλεννογόνου, μεταβάλλουσα τὸ ὄργανον τοῦτο ἢ μέρος τούτου εἰς ἓνα ἄκαμπτον σωλήνα.

Περιεγράφη τὸ πρῶτον ἀπὸ τὸν Andral ὡς ἰνώδης νόσος τοῦ πυλωροῦ, ἐν συνεχείᾳ ἀπὸ τὸν Cruveilhier, τέλος δὲ περὶ τὸ 1862 ὁ Brinton ἐχρησιμοποίησε πρῶτος τὸν ὄρον «Linitis Plastica».

Ἡ αἰτιολογία τῆς νόσου ταύτης ποικίλλει. Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον πρόκειται περὶ διηθητικῆς ἀλλοιώσεως ὀφειλομένης εἰς φλεγμονήν, νεόπλασμα, σύφιλιν, ἄλλα αἷτια κακοήθη ἢ καλοήθη. Ἡ ἐπικρατοῦσα σήμερον γνώμη εἶναι, ὅτι ἡ πλαστικὴ λινίτις εἶναι μία εἰδικὴ μορφή καρκίνου τοῦ στομάχου, τύπου σκίρρου ἢ Ἰνοκαρκινώματος. Ὅτι πρόκειται περὶ καρκίνου ἀποδεικνύεται ἐκ τῆς ἱστολογικῆς ἐξέτασεως, ἐκ τῶν μεταστάσεων καὶ ἐκ τῶν ἐντοπίσεων εἰς ἄλλας

μοίρας τοῦ πεπτικοῦ σωλήνος. Μολαταῦτα ὑπάρχουν καὶ καλοήθεις μορφαὶ πλαστικῆς λινίτιδος, μὲ τὰς ὁποίας ὁμως ἔχομεν ἀσχοληθῆ εἰς τὸ κεφάλαιον περὶ στενώσεως τοῦ πυλωροῦ.

Παθολογοανατομικῶς ἡ πλαστικὴ λινίτις χαρακτηρίζεται ἀπὸ σημαντικὴν πάχυνσιν τῶν τοιχωμάτων τοῦ στομάχου. Συχνὰ ἡ νόσος ἄρχεται παρὰ τὸν πυλωρὸν καὶ προοδευτικῶς ἐπεκτείνεται μέχρι καὶ τοῦ καρδιακοῦ στομίου, καταλαμβάνουσα τοιουτοτρόπως ὁλόκληρον τὸν στόμαχον. Οὗτος ἐμφανίζεται συνερρικνωμένος, σκληρὸς, συστάσεως χόνδρου. Ἡ χωρητικότης τοῦ στομάχου εἶναι λίαν ἡλαττωμένη, κατὰ δὲ τὴν τομὴν τὰ τοιχώματα εἶναι λίαν πεπαχυσμένα ὑπερβαίνοντα τὰ 10 ἐκ. Ἡ πάχυνσις αὕτη ἀφορᾷ ἰδίως τὸν ὑποβλεννογόσιον καὶ τὸν ὑπορογόσιον. Συχνὰ ὁ βλεννογόνος δὲν ἔχει προσβληθῆ, εἶναι λειῶς ἢ συνερρικνωμένος, ὄζωδης καὶ ἀνώμαλος λόγῳ τῆς συρρικνώσεως τοῦ ὑποβλεννογονίου χιτῶνος. Ἐνίοτε παρατηροῦνται ἐπὶ τοῦ βλεννογόνου μικραὶ ἐξελεκώσεις. Αἱ ἀλλοιώσεις αὗται ἐντοπίζονται συνήθως παρὰ τὸ προπυλωρικὸν ἄντρον, ἢ δὲ πάχυνσις αὕτη, ἐν εἴδει χοάνης, διακόπτεται ἀποτόμως παρὰ τὸ δωδεκαδάκτυλον, ἐντὸς τοῦ ὁποίου καὶ δύναται νὰ προβάλλῃ. Ὁ πυλωρὸς ἐμφανίζεται ἐστενωμένος, ἄκαμπτος καὶ μονίμως χαιῶν. Τὸ δωδεκαδάκτυλον σπανιώτατα προσβάλλεται, ἐνῶ ἀντιθέτως ἡ νόσος αὕτη δύναται νὰ ἐπεκταθῆ πρὸς τὸν οἰσοφάγον, τὸν εἰλεόν, τὸ κόλον.

Αἱ γαστρικαὶ αὗται ἀλλοιώσεις συνοδεύονται συχνὰ ἀπὸ μίαν εἰδικὴν περιγαστρίτιδα, τὴν «τυλώδη ὀπισθοπεριτονίτιδα» τῶν Hanoi καὶ Gombault. Εἰς τὴν περίπτωσιν ταύτην ἡ ἄνω μοῖρα τοῦ περιτοναίου μεταβάλλεται εἰς μίαν λευκάζουσαν μᾶζαν, ἣτις περιλαμβάνει τὸν στόμαχον, τὸ πάγκρεας, τὸ μείζον ἐπίπλουν, ἐνίοτε δὲ τὸ ἥπαρ μετὰ τῆς χοληδόχου, ἐξαφανιζομένου τοιουτοτρόπως τοῦ ὀπισθογαστρικοῦ χώρου. Ὁλόκληρος ἡ μᾶζα αὕτη εἶναι σκληρὰ, εἶναι δὲ ἀδύνατον νὰ διαχωρισθῆ τὸ ἐν ὄργανον τοῦ ἄλλου.

Ἡ κάτω μοῖρα τοῦ περιτοναίου ἔχει καὶ αὕτη προσβληθῆ ἐμφανίζουσα λευκάζουσαν, γαλακτώδη καὶ στίλβουσαν ὄψιν. Τὰ μεσεντέρια εἶναι συνερρικνωμένα, πεπαχυσμένα καὶ ἐκ τούτων ἐκκινουῦν διάφοροι συμφύσεις, αἵτινες ἐνώνουν τὴν μίαν ἐντερικὴν ἔλικα μετὰ τῆς ἄλλης.

Ἱστολογικῶς ἡ νόσος χαρακτηρίζεται ἀπὸ δύο κυρίως στοιχεῖα, τὴν σκλήρυνσιν μετὰ τῆς κυτταρικῆς διηθήσεως καὶ τὰ νεοπλασματικὰ κύτταρα. Αἱ ἀλλοιώσεις αὗται προσβάλλουν κυρίως τὸν ὑποβλεννογόσιον καὶ φεῖδονται τοῦ βλεννογόνου. Ἦνες συνδετικοῦ ἰστού διέρχονται καθ' ὅλας τὰς διευθύνσεις δι' ὄλων τῶν στρωμάτων,

διασταυρούμενοι μεταξύ των και περιβάλλουσαι τὰ αἰμοφόρα ἀγγεῖα τὰ ὁποῖα καὶ ἀποφράσσουν. Μεταξὺ τῶν ἰνῶν τούτων παρατηρεῖται καὶ διήθησις ἐξ ἐμβρυϊκῶν κυττάρων μετὰ μικρῶν στρογγύλων τοιούτων. Ἡ ἀνάπτυξις αὕτη τοῦ συνδετικοῦ ἴστου δυνατόν νά ἐπεκταθῆ καὶ πρὸς τὸν μυϊκὸν χιτῶνα, πρὸς τὸν ὑπορογόνιον, εἰς δὲ τὰς προκεχωρημένας περιπτώσεις προσβάλλει καὶ αὐτὸν τὸν ὀρογόνον. Τὰ καρκινωμάτωδη κύτταρα εἶναι στρογγύλα ἢ πολυεδρικά, ἄτυπα, μικρά, ἀνώμαλα καὶ συγχέονται μετὰ τῶν ἐμβρυϊκῶν κυττάρων. Ἀνάλογοι ἀλλοιώσεις δυνατόν νά παρατηρηθοῦν καὶ εἰς τὰ τοπικά λεμφογάγγλια.

Ἡ πλαστικὴ λινίτις δίδει συνηθέστατα ἐντερικὰς μεταστάσεις, αἵτινες προκαλοῦν στενώσεις ποικίλης ἐκτάσεως, ἐδραζομένας ἐκλεκτικῶς ἐπὶ τῆς τελικῆς μοίρας τοῦ εἰλεοῦ, ἐπὶ τοῦ τυφλοῦ, τοῦ ἐγκαρσίου, τοῦ σιγμοειδοῦς καὶ τοῦ ὄρθου. Ἡ στένωσις αὕτη εἶναι συνήθως δακτυλιοειδῆς ἢ καὶ ἀτελής.

Ἐχουν ἐπίσης ἀναφερθῆ μεταστάσεις εἰς τὴν οὐροδόχον κύστιν, τὰς ὠοθήκας, τοὺς ὄρχεις, τὰ ἐπινεφρίδια, τὸ πάγκρεας, τὸ περικάρδιον κ.λ.π.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΩΝ

Ἡ συνήθης εἰκὼν εἶναι ἡ τοῦ καρκίνου τοῦ στομάχου. Ὁ ἄρρωστος παρουσιάζει διάφορα ἀκαθόριστα συμπτώματα, τὰ ὁποῖα ἐξελλίσσονται προοδευτικῶς. Οὕτως ἡ ὄρεξις ἐξαφανίζεται, τὸ βάρος ἐλαττοῦται, ἐμφανίζονται δὲ μερικοὶ ἔμετοι ἀμέσως μετὰ τὴν λήψιν τῶν γευμάτων, ὡς καὶ ἀκαθόριστος ἐνόχλησις μετὰ τὸ φαγητόν. Οἱ πόνοι θὰ ἐμφανισθοῦν πολὺ ἀργότερον, ἄνευ σαφοῦς ὥραριου, ἄνευ σαφοῦς ἐντοπίσεως καὶ συνίστανται κυρίως εἰς ἐπώδυνον αἴσθημα βάρους ἢ ἄλλοτε, τούναντίον, εἶναι ἐξαιρετικῶς ἔντονοι καὶ συνεχεῖς.

Κατὰ τὴν ἐξέτασιν δυνατόν νά ψηλαφήσωμεν παρὰ τὸ ἐπιγάστριον ἓνα ὄγκον ἐπιμήκη καὶ ἀνώδυνον, ὅστις δίδει τὴν ἐντύπωσιν ἐνὸς ἐλαστικοῦ ἀεροθαλάμου.

Ἡ συμπτωματολογία ποικίλλει ἀναλόγως τῆς ἐντοπίσεως τῆς λινίτιδος. Οὕτως, ἐὰν ἔχη προσβληθῆ ὁ πυλωρός, θὰ ἔχωμεν εἴτε φαινόμενα στενώσεως, εἴτε, καὶ ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον, φαινόμενα πυλωρικῆς ἀνεπαρκειᾶς, λόγῳ τῆς ὁποίας θὰ ἐμφανισθῆ μιὰ συνεχῆς διαρροϊκὴ κατάστασις. Σημειωτέον ὅτι δύναται νά προηγηθῆ ἢ ἀνεπάρκεια καὶ ἐν συνεχείᾳ νά ἐμφανισθῆ στένωσις.

Ἡ ἐπὶ τοῦ καρδιακοῦ στομίου ἐντόπισις ἐκδηλοῦται διὰ φαινομένων προοδευτικῆς στενώσεως ἢ τούναντίον διὰ φαινομένων οἰσοφαγικῆς ἀκρατείας, δεδομένου ὅτι λόγῳ τῆς διηθήσεως τὸ καρδιακόν

στόμιον παραμένει χαῖνον. Τέλος, ἂν καὶ πολὺ σπανιώτερον, ἡ πλαστική λινίτις δύναται νὰ προκαλέσῃ μίαν μεσογαστρικὴν στένωσιν.

Δυνατὸν ἐπίσης νὰ ἔχωμεν ὡς πρώτας ἐκδηλώσεις ἐντερικὰς τοιαύτας. Οὕτω ὁ ἄρρωστος ἐμφανίζει μίαν συνεχῆ ἢ περιοδικὴν διάρροϊαν, συνοδευομένην καὶ ἀπὸ κωλικούς τοῦ ἐντέρου. Ἄλλοτε πάλιν ἐμφανίζονται φαινόμενα ἐντερικῆς ἀποφράξεως, ἐκδηλούμενα διὰ δυσκοιλιότητος, ἐντερικῶν πόνων, τυμπανισμοῦ, ἢ συνδρόμου τοῦ Koepig. Τὰ φαινόμενα ταῦτα ὀφείλονται εἰς τὴν βραδείαν ἐπέκτασιν τῆς νόσου ἐπὶ τοῦ ἐντέρου. Ἡ συνηθεστέρα ἐπέκτασις εἶναι πρὸς τὸ ὀρθόν, ὅπου διὰ τῆς δακτυλικῆς ἐξετάσεως ἢ τῆς ὀρθοσκοπήσεως θὰ παρατηρήσωμεν μίαν διηθημένην ζώνην μὲ ἀνέπαφον βλεννογόνον, εἴτε μίαν στένωσιν τοῦ ὀρθοῦ.

Ἄλλοτε πάλιν ἡ πλαστικὴ λινίτις δυνατὸν νὰ ἐκδηλωθῇ ὡς καχεξία, ὡς ἀναιμία, ὡς ἐλεύθερος ἀσκήτης ποικίλης ποσότητος, συνήθως ἄνευ παραπλεύρου κυκλοφορίας, ὀφειλόμενος εἰς τὴν πίεσιν τῶν φλεβῶν, αἵτινες καταλήγουσιν εἰς τὴν πυλαίαν ἢ καὶ πίεσιν αὐτῆς ταύτης τῆς πυλαίας ἐκ τῆς πλαστικῆς περιτονίτιδος.

Ἄλλοτε πάλιν δυνατὸν νὰ ἐκδηλωθῇ ὡς ὄγκος τῶν ὠοθηκῶν, ὡς ἴκτερος λόγῳ πίεσεως τῶν χοληφόρων ὁδῶν ἢ καὶ ὑπὸ μορφῆν ἔλκους.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΩΝ

Τὰ κυριώτερα ἀκτινολογικὰ σημεῖα τῆς πλαστικῆς λινίτιδος εἶναι τὰ ἑξῆς:

— Ἐλάττωσις τοῦ μεγέθους τοῦ στομάχου. Οὕτω κατὰ τὴν ἀκτινοσκοπικὴν ἐξέτασιν θὰ παρατηρήσωμεν, ὅτι οὗτος πληροῦται ἀπὸ ἐλαχίστην ποσότητα βαριούχου πόλτου.

— Πάχυνσις τῶν τοιχωμάτων, συνοδευομένη ἀπὸ καθολικὴν ἀκαμψίαν, ἀπὸ ἀπουσίαν περισταλτικῶν κινήσεων, διάτασιν τοῦ ὀγιοῦς τμήματος τοῦ στομάχου. Τὰ ὄρια εἶναι συνήθως ὁμαλά, παρατηρεῖται ὅμως ἀλλοιώσις τῶν βλεννογονίων πτυχῶν. Ἐπίσης παρατηρεῖται ἐντετοπισμένη ἢ ἐκτεταμένη ἐλλειπτικὴ εἰκὼν.

— Ἀνεπάρκεια τοῦ πυλωροῦ, λόγῳ τῆς ὁποίας ἡ σκιερὰ οὐσία διέρχεται ταχύτατα ἐντὸς τοῦ ἐντέρου.

Ἡ περιγραφεῖσα ἀκτινολογικὴ εἰκὼν εἶναι ἡ συνηθέστερον ἀπαντῶσα. Ἡ χαρακτηριστικὴ ἐπομένως εἰκὼν τῆς πλαστικῆς λινίτιδος εἶναι: εἰς μικρᾶς χωρητικότητος σωληνοειδῆς στόμαχος, ἐνίοτε ἀλλαντοειδῆς, μὲ ἀπουσίαν περισταλτικῶν κινήσεων, ὅστις κενοῦται ταχύτατα. Εἰς τινὰς περιπτώσεις ἢ προοδευτικὴ στένωσις τοῦ πυλωροῦ

δύναται νά προκαλέση απόφραξιν, ἐνῶ ἄλλοτε δυνατόν νά παρατηρήσωμεν τὴν εἰκόνα τοῦ ἑλκώδους καρκίνου, ἂν καὶ ἱστολογικῶς πρόκειται περὶ πλαστικῆς λινίτιδος.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΩΝ ΤΟΥ ΕΞΑΛΛΑΓΕΝΤΟΣ ΕΛΚΟΥΣ

Εἶδομεν προηγουμένως ποῖα εἶναι τὰ κλινικὰ σημεῖα ἐκεῖνα, τὰ ὁποῖα μᾶς προειδοποιοῦν, ὅτι ἐν μέχρῃ τοῦδε καλῶθες ἑλκος ἀρχίζει νά ὑφίσταται τὴν κακοήθην νεοπλασματικὴν ἐξαλλαγήν.

Ἀπεδίδοτο μεγίστη σημασία, ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἐξαλλαγήν, εἰς τὴν ἐντόπισιν τοῦ ἑλκους. Οὕτως ἐθεωρεῖτο ὅτι τὰ τῆς καθέτου μοίρας τοῦ ἐλάσσονος τόξου ἐξαιρετικῶς σπανίως ὑφίσταντο τὴν ταιαύτην ἐξαλλαγήν. Εἶδομεν ὅμως, καὶ ἀνεφέραμεν καὶ ἡμεῖς μίαν προσωπικὴν περίπτωσιν (σ. 306), ὅτι καὶ τὰ τῆς καθέτου μοίρας δὲν ἐξαίρουνται ἀπολύτως. Εἶναι ὅμως γεγονός ἀναμφισβήτητον, ὅτι ἡ ἐξαλλαγή παρατηρεῖται συνηθέστερον ἐπὶ τῆς ὀριζοντίου μοίρας.

Ὅσον ἀφορᾷ τὸ μέγεθος τῆς φωλεᾶς, δὲν νομίζομεν ὅτι ἀποτελεῖ ἱστολογικὸν κριτήριον, δεδομένου ὅτι ἔχομεν παρατηρήσει μεγάλας φωλεὰς αἵτινες ἐξηφανίσθησαν ταχύτατα κατόπιν συστηματικῆς θεραπείας.

Τὰ κυριώτερα ἀκτινολογικὰ σημεῖα, τὰ ὁποῖα ὑποδεικνύουν τὴν ἀρχομένην ἐξαλλαγήν εἶναι τὰ ἑξῆς :

— Ἡ φωλεά, ἡ ὁποῖα εἶναι συνήθως μικροῦ μεγέθους, στρογγύλη, μὲ ὄρια ὀμαλὰ καὶ τὸν περὶ αὐτὴν βλεννογόνον φυσιολογικόν, ἄνευ ἢ μετὰ μικροῦ μίσχου, ἀρχίζει νά ἐμφανίζῃ ὠρισμένης ἀνωμαλίας. Παρατηρουμένη ἐκ τῶν πλαγιῶν ἢ φωλεὰ αὕτη ἐμφανίζει ἀνώμαλα ὄρια, σημεῖον ἤδη ἄρκετὰ ὑποπτον. Αἱ ἀνωμαλῖαι αὗται ἐνέχουν ἰδιάζουσαν σημασίαν, ὅταν ἐμφανίζωνται κατὰ τὴν ἐξέλιξιν ἑνὸς ἑλκους, τὸ ὁποῖον μέχρι τοῦδε εἶχεν ὄψιν φυσιολογικὴν. Ἡ μὴ ἐξαφάνισις τῆς ἀνωμάλου ταύτης φωλεᾶς, ἢ αὐξησις τοῦ μεγέθους τῆς, ἰδίως ἐάν συνοδεύεται ἀπὸ ἐξαφάνισιν τῶν κλινικῶν σημείων καὶ ἀπὸ φαινομενικὴν ἴασιν τοῦ ἀρρώστου, ἐνισχύει ἐξαιρετικὰ τὴν ὑποψίαν τῆς κακοήθους ἐξαλλαγῆς.

— Ἡ ἐπιφάνεια τῆς φωλεᾶς δυνατόν νά παρουσιάσῃ ὠρισμένης ἀνωμαλίας. Οὕτω παρατηροῦνται εἰκόνες διαχύτων ἀνωμαλιῶν καὶ ἀσαφειῶν.

— Ἡ ἐξέτασις θὰ ἐρευνήσῃ ἐπίσης τὴν περὶ τὴν φωλεάν μοῖραν τοῦ στομάχου. Τὰ ὑπερθεν καὶ κάτωθεν ὄρια τῆς φωλεᾶς διαγράφουν εἶδος καμπύλης ἢ εἶναι ἐπικλινῆ, συνεχόμενα μὲ τὸ ὑπόλοιπον ὕγιές τμήμα. Δυνατόν τοιοῦτοτρόπως νά φθάσωμεν εἰς τὰ γνω-

στά ἡμῖν σχήματα τῆς ἐντειχίσεως ἢ καὶ τῆς ἐλλείψεως. Ἐπίσης μία φωλεὰ ἐδραζομένη ἐπὶ ἀκάμπτου μοίρας εἶναι ἐξαιρετικῶς ὑποπτως, ὅπως καὶ ἡ ὑπὸ τοῦ Askerlund περιγραφεῖσα εἰκὼν, ἣτις χαρακτηρίζεται ἀπὸ ἐντετοπισμένην εὐθυγράμμισιν ἀρχομένην ὑπερθεν ἢ συνηθέστερον κάτωθεν μιᾶς φωλεᾶς.

Ἡ κατάχωσις αὕτη τερματίζεται ἀποτόμως ἀπὸ ἓνα ἀνυψωμένον ὄριον, τὸ ὁποῖον συνενούται μὲ τὴν φυσιολογικὴν μοῖραν τοῦ τόξου. Κεῖται ἔνθεν τοῦ τόξου καὶ δὲν προβάλλει τούτου, ἐρμηνεύει δὲ σχεδὸν πάντοτε κακοῦθη ἀλλοίωσιν.

— Ἡ ἐξέτασις τῆς περὶ τὴν φωλεάν ἐπιφανείας τοῦ στομάχου θ' ἀποκαλύπτει τὴν παρουσίαν τοῦ ἐπάρματος, ἐν εἶδει περιφερικῆς ἄλω (bourrelet). Ὁ Guimann ἔχει περιγράψει ἐπίσης τὸ λεγόμενον σημεῖον τῆς «ρίζης τῆς φωλεᾶς» (racine de la niche), τὸ ὁποῖον ἐρμηνεύεται ἀπὸ μίαν σκιάν, ἣτις ἐκκινεῖ ἐκ τῆς φωλεᾶς καὶ κατευθύνεται καθέτως πρὸς τὸ ἐσωτερικὸν τοῦ στομάχου, περιβαλλομένη ἐκατέρωθεν ἀπὸ δύο ἀνοικτοτέρου χρώματος σκιάς ἢ ἀπὸ μικροελλείψεως. Ἡ εἰκὼν αὕτη ἐρμηνεύει μίαν βαθεῖαν καὶ ἐπιμήκη ἐξέγκωσιν, κάθετον ἐπὶ τοῦ ἐλάσσονος τόξου τοῦ στομάχου, περιβαλλομένην ἀπὸ ἀνωμάλους διηθήσεις.

Ἡ κατάστασις τοῦ περὶ τὴν φωλεάν γαστρικοῦ βλεννογόνου πρέπει ἐπίσης νὰ μελετηθῇ. Αἱ πτυχαὶ ἀλλοιοῦνται, ἐμφανίζονται πεπαχυσμένοι καὶ χωρίζονται ἢ μία τῆς ἄλλης ἀπὸ εὐρὺ διάστημα. Εἶναι ἀνώμαλοι, εὐρεῖται ἢ τὸναντίον αἰχμηραί, γωνιώδεις, δίδουσαι τὴν ἐντύπωσιν ὅτι ἔχουν θραυσθῇ. Δὲν ἐξαφανίζονται καὶ κατὰ τὴν πλείον δὲν κινητοποιοῦνται ὅπως αἱ φυσιολογικαὶ πτυχαί, ἀλλὰ παραμένουν ἄκαμπτοι. Ἄλλοτε πάλιν ἐξαφανίζονται καὶ ἀντικαθίστανται ἀπὸ ἀνωμάλους καὶ ἀσαφεῖς εἰκόνας ψευδοπολυποδῶδεις, αἵτινες περιβάλλουν τὴν ἐξέγκωσιν. Αἱ ἀνωμαλῖαι αὗται εἶναι μόνιμοι καὶ δὲν ἐπηρεάζονται ἀπὸ οἰανδῆποτε θεραπείαν. Δυνατὸν ἐπίσης αἱ πτυχαὶ αὗται νὰ ἔχουν φυσιολογικὴν ὄψιν, ἀλλὰ νὰ παρατηροῦνται ἐπὶ τούτων μικραὶ εἰκόνες ἐλλείψεων. Ἡ κατεύθυνσις τῶν πτυχῶν παρουσιάζει μίαν ἀναρχίαν. Δὲν εἶναι πλέον ὁμασί, παράλληλοι καὶ δὲν κατευθύνονται ἀκτινοειδῶς, ὅπως συμβαίνει τοῦτο εἰς περίπτωσιν ἔλκουσ, ἀλλὰ ἐμφανίζονται ὡς ἡ μία πτυχὴ ἐπὶ τῆς ἄλλης, ἀτάκτως ἐρριμμένοι, ἐν εἶδει στροβίλου. Δέον ὅμως νὰ σημειωθῇ, ὅτι τὰς αὐτὰς εἰκόνας εἶναι δυνατόν νὰ δώσουν ὠρισμένοι γαστρίτιδες, αἵτινες ὅμως ἐξαφανίζονται κατόπιν θεραπείας.

— Ἡ διακοπὴ τῶν πτυχῶν περὶ τὴν φωλεάν εἶναι ἐπίσης λίαν ὑποπτὸν σημεῖον. Συχνάκις ὅμως αἱ πτυχαὶ καταλήγουν ἐντὸς τοῦ κρατήρος, μὴ διακοπτόμεναι, ἂν καὶ πρόκειται περὶ καρκίνου, καὶ

δίδουν εις τὰς ἀκτινογραφίας τὴν ὑπὸ τοῦ Albot περιγραφεῖσαν εἰκόνα τῶν «ριζιδίων» (radicelles).

— Τὸ ἔναντι τῆς φωλεᾶς τόξον παρουσιάζει ἐντετοπισμένην, κυβοειδῆ καὶ μόνιμον ἔλξιν, ἣτις δὲν πρέπει νὰ συγγέεται μὲ τὴν σπαστικὴν ἐντομὴν τὴν ἔναντι ἐνὸς ἔλκους παρατηρουμένην. Ἄλλοτε πάλιν παρατηρεῖται μία ὀδοντωτὴ ἀνωμαλία, ἣτις ἐρμηνεύει τὴν ὑπὸ τοῦ νεοπλάσματος ὀργανικὴν ἔλξιν τοῦ μείζονος τόξου. Τοῦτο ἀποτελεῖ τὸ ὑπὸ τοῦ Guimann ἀποκληθὲν «σημεῖον τοῦ dragé»

Εἰς ὅλας τὰς περιπτώσεις αὐτάς, καθ' ἃς ὑποπτευόμεθα κακοήθη ἐξαλλαγὴν ἢ καὶ πρωτοπαθῆ καρκίνον ὑποδυόμενον τὸ ἔλκος, δεόν νὰ θέσωμεν εἰς ἄμεσον ἐφαρμογὴν τὴν θεραπευτικὴν δοκιμασίαν: Αὕτη βασίζεται ἐπὶ τῆς διαφόρου ἐξελίξεως ἐνὸς ἔλκους, μιᾶς ἐξαλλαγῆς καὶ ἐνὸς πρωτοπαθοῦς καρκίνου.

Γνωρίζομεν τὴν κλινικὴν ἐξέλιξιν ἐνὸς ἔλκους. Ὑπενθυμίζομεν ἀπλῶς, ὅτι εἰς τὰ μὴ ἐπιπλακέντα ἔλκη, συγχρόνως μὲ τὴν ἐξαφάνισιν τῶν κλινικῶν σημείων πρέπει νὰ ἔχωμεν καὶ ἐξαφάνισιν τῶν ἀκτινολογικῶν τοιούτων. Ἐξαιρέσιν δυνατὸν νὰ ἀποτελέσουν τὰ χρόνια τυλώδη ἢ διατιτραίνοντα ἔλκη. Ἄλλὰ καὶ εἰς αὐτάς τὰς περιπτώσεις ἡ χειρουργικὴ ἐπέμβασις ἐνδείκνυται ἀπολύτως. Εἰς περίπτωσιν καθ' ἣν, παρὰ τὴν κλινικὴν ἴασιν, τὰ ἀκτινολογικὰ σημεῖα παραμένουν, δεόν νὰ ὑποπτευθῶμεν ἀνώμαλον ἐξέλιξιν καὶ νὰ θέσωμεν εἰς ἄμεσον ἐφαρμογὴν τὴν θεραπευτικὴν δοκιμασίαν.

— Εἰς περίπτωσιν καρκίνου, τὰ ἀκτινολογικὰ σημεῖα ὄχι μόνον δὲν ἐξαφανίζονται, ἀλλὰ καὶ αὐξάνουν προοδευτικῶς. Δυνατὸν νὰ παρατηρηθῇ ἐνίοτε μικρὰ ἐλάττωσις τοῦ μεγέθους τῆς φωλεᾶς, λόγῳ τῆς κατόπιν τῆς θεραπείας ἐξαφανίσεως συνυπαρχούσης φλεγμονῆς. Τὸ σύνολον ὅμως τῆς ὀργανικῆς βλάβης παραμένει καὶ ἐπεκτείνεται.

— Εἰς περίπτωσιν ἐπίσης ἐξαλλαγέντος ἔλκους ἢ κατὰ τὸ παρελθὸν ἐξαφανιζομένη καὶ ἐπανεμφανιζομένη φωλεὰ ἤδη δὲν ὑποχωρεῖ παρὰ τὴν ἔντονον θεραπείαν.

Βάσει ἐπομένως τῶν ἄνω ἐκτεθέντων, βάσει δηλαδὴ τῆς κλινικῆς καὶ ἀκτινολογικῆς ἐξελίξεως τοῦ ἔλκους, τῆς κακοήθους ἐξαλλαγῆς καὶ τοῦ πρωτοπαθοῦς καρκίνου, δυνάμεθα νὰ καταλήξωμεν εἰς τὰ ἑξῆς συμπεράσματα κατόπιν τῆς ἐφαρμογῆς τῆς θεραπευτικῆς δοκιμασίας, ἰδίως τῆς πρωτεΐνοθεραπείας:

— Ἐξαφάνισις αὐτόματος κλινικῶν καὶ ἀκτινολογικῶν σημείων εἰς τὸ τέλος μιᾶς ἐπωδύνου περιόδου: βλάβη ἀπολύτως καλοήθους.

— Ἐξαφάνισις κλινικῶν καὶ ἀκτινολογικῶν σημείων κατόπιν

μιᾶς ἐντόνου θεραπείας: πρακτικῶς πρόκειται περὶ καλοήθους ἀλλοιώσεως.

— Ἐξαφάνισις τῶν κλινικῶν σημείων, ἐλάττωσις τῶν ἀκτινολογικῶν: ἀλλοίωσις πιθανῶς καλοήθης, συνέχισις τῆς θεραπείας, συστηματικὴ παρακολούθησις τοῦ ἀρρώστου.

— Ἐξαφάνισις τῶν κλινικῶν σημείων μὲ παραμονὴν τῶν ἀκτινολογικῶν ἄνευ μεταβολῆς: βλάβη ὑποπτος, ἰδίως ὅσον ἀφορᾷ τὴν ὀριζοντίαν μοῖραν.

— Παραμονὴ κλινικῶν καὶ ἀκτινολογικῶν σημείων: βλάβη ἐξαιρετικῶς ὑποπτος.

— Ἐπιμονὴ τῶν κλινικῶν σημείων μὲ αὐξησιν τῶν ἀκτινολογικῶν: πρακτικῶς βλάβη καρκινωματώδης.

— Ἐξαφάνισις τῶν κλινικῶν σημείων μετὰ προοδευτικῆς αὐξήσεως τῶν ἀκτινολογικῶν: βέβαιος καρκίνος.

Ἐν τῇ πράξει, ἵνα βεβαιώσωμεν τὴν ἀπόλυτον καλοήθειαν μιᾶς ὀργανικῆς ἀλλοιώσεως τοῦ στομάχου δὲν θ' ἀρκεσθῶμεν εἰς τὴν ἀπλὴν ἐλάττωσιν τῶν ἀκτινολογικῶν σημείων. Μόνον ἢ τελεία ἐξαφάνισις τῆς φωλεᾶς ἐνέχει ἀπόλυτον ἀξίαν ὅσον ἀφορᾷ τὴν καλοήθειαν τῆς ἀλλοιώσεως.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ν Ι Β'

ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ, ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΑΙ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ ΟΔΩΝ

Α' ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

Παρατηρούμεναι ὡς σύνολον, αἱ χοληφόροι ὁδοὶ λαμβάνουν τὸ σχῆμα ἑνὸς δένδρου, τοῦ ὁποῦ ἡ μόνη ρίζα ἐμφυτεύεται εἰς τὸ ἔσω χεῖλος τῆς κατιούσης μοίρας τοῦ δωδεκαδακτύλου, ἐνῶ οἱ κλάδοι ἐκκινουῦν ἐκ τοῦ ἥπατικοῦ παρεγχύματος. Ἔχομεν οὕτω τὴν κυρίως χοληφόρον ὁδόν. Ἐκ τοῦ κορμοῦ ἐκκινεῖ ἡ δευτερεύουσα, ἣτοι ὁ κυστικός πόρος μετὰ τῆς χοληδόχου κύστεως.

Ἡ χοληδόχος κύστις εἶναι εἷς σάκκος μυο-μεμβρανώδης, σχήματος ἀπιοειδοῦς. Κατασκηνοῖ ἐν τῷ κυστικῷ βόθρῳ τοῦ δεξιοῦ λοβοῦ. Εἰς τὰ ἰσχνὰ ἄτομα προβάλλει εἰς τὸ ὕψος τοῦ ἐνάτου πλευρικοῦ χόνδρου. Ἡ πορεία τῆς εἶναι πρὸς τὰ ἄνω, ὀπισθεν καὶ ἀριστερά, ἔχει δὲ μῆκος 7 ἕως 10 ἐκ., πλάτος $2\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$ ἐκ. με μέσην χωρητικότητα 45 κυβ. ἐκ. περίπου. Ἡ ἄνω ἢ προσθία ἐπιφάνεια συνδέεται μετὰ τὸ ἥπαρ διὰ συνδετικοῦ ἱστοῦ, τοῦ περιτοναίου, καὶ δι' ἀγγείων. Ἡ κάτω ἢ ὀπισθία ἐπιφάνεια καλύπτεται ἐξ ὀλοκλήρου ὑπὸ τοῦ περιτοναίου τοῦ ἥπατος.

Εἰς τὴν χοληδόχον κύστιν διακρίνομεν: ἕνα πυθμὲνα στρογγύλον, ὅστις προβάλλει ὑπὸ τὸ πρόσθιον χεῖλος τοῦ ἥπατος, ἐν σῶμα, τὸ ὁποῖον πρὸς τὰ ἄνω στενοῦται σχηματίζον τὴν χοάνην ἢ πρόδομον (infundibulum), ἣτις συνεχίζεται ἀπὸ τὸν αὐχένον.

Ὁ πυθμὴν τῆς χοληδόχου ἀφορίζεται ἔμπροσθεν ὑπὸ τοῦ κοιλιακοῦ τοιχώματος, κάτω ὑπὸ τοῦ ἐνάτου πλευρικοῦ χόνδρου, ὀπισθεν δὲ ὑπὸ τοῦ ἐγκαρσίου κόλου. Τὸ σῶμα τῆς χοληδόχου καλύπτεται ἄνωθεν ὑπὸ τοῦ ἥπατος καὶ τοῦ ἐγκαρσίου κόλου, ὑπὸ τῆς κατιούσης ἢ ἀνιούσης μοίρας τοῦ 12δακτύλου καὶ κάτωθεν ὑπὸ τοῦ πυλωρικοῦ ἄντρου.

Ὁ διαχωρισμὸς τοῦ αὐχένου καὶ τῆς χοάνης παρουσιάζει ποικίλιας: ἄλλοτε μόλις διαχωρίζεται ἀπὸ μίαν ἐλαφράν αὐλακα, ἄλλο-

ΤΟ ΕΞΑΛΛΑΓΕΝ ΕΛΚΟΣ



Εικών 1. Τυπική φωλεά ἔλκους ἐλάσσονος τόξου (15-10-52).



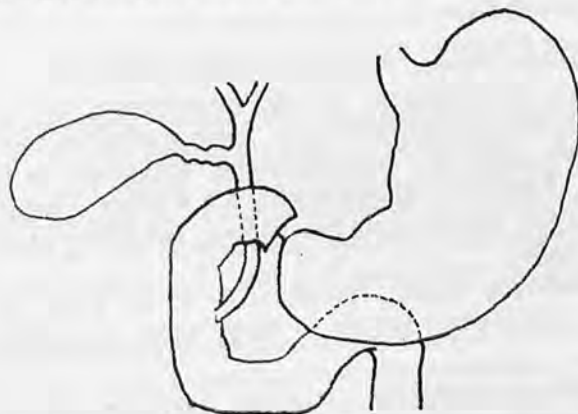
Εικών 2. Κατόπιν θεραπείας. Ἐξάφανσις κλινικῶν συμπτωμάτων. Σημαντικὴ σμίκρυνσις τῆς φωλεᾶς, ἥτις ἐλάχιστα διακρίνεται (29-1-53).



Εικών 3, 4. Ἐπανάληψις τῶν πόνων. Ἡ φωλεά παρουσιάζει ἀνώμαλα ὄρια, ὡς δισχιδῆς. Αἱ πτυχαὶ πεπαχυσμέναι καὶ ἀνώμαλοι. (10-4-53).
Γαστρεκτομή. Κακότηθς ἐξαλλαγὴ (βλ. σ. 306).

τε δὲ τούναντίον τὰ δύο ταῦτα τμήματα χωρίζονται σαφῶς οὐχ μόνον ἀπὸ τὴν αὐλακα, ἀλλὰ καὶ ἀπὸ τὴν διαφορετικὴν πορείαν, τοῦ αὐχένος καμπτομένου δεξιὰ ἐπὶ τῆς χοάνης. Τὸ μήκος ἐπίσης τοῦ αὐχένος ποικίλλει. Ἄλλοτε εἶναι λίαν ἐπιμήκης, ὅσον σχεδὸν καὶ τὸ σῶμα, ἄλλοτε ἀτροφικός, ἔχων τὴν ὄψιν ἀπλῆς διογκώσεως, ὅποτε καὶ συγγέεται μὲ τὴν ἔκφυσιν τοῦ κυστικοῦ πόρου. Ἡ ἀπλασία αὕτη τοῦ αὐχένος προδιαθέτει εἰς παθολογικὰς καταστάσεις.

Ὁ κυστικός πόρος συνεχίζει τὸν αὐχένα τῆς χοληδόχου. Εἰς τὸ σημεῖον αὐτὸ ὁ αὐχὴν παρουσιάζει τρεῖς βαλβίδας, ἐκ τῶν ὁποίων ἡ ἕσω καὶ μεγαλύτερα σχηματίζει ἓν εἶδος μυο-βλεννογονίου διαφράγματος, μίαν μέσσην βλεννογονίον βαλβίδα ἀτροφικὴν, καὶ παρὰ τὴν ἔκφυσιν τοῦ κυστικοῦ πόρου μίαν ἔσω κυκλικήν, ἣτις δύναται



Σχῆμα 13.
(Κατὰ Feldman)

νὰ θεωρηθῇ ὡς ἡ πρώτη ἐκ τῶν βαλβίδων τοῦ Heister. Τὸ μήκος τοῦ κυστικοῦ πόρου ποικίλλει· κατὰ μέσον ὄρον $3\frac{1}{2}$ ἐκ., φθάνει τὰ 10 ἐκ. ἢ τούναντίον δὲν ὑπερβαίνει τὸ 1 ἐκ. Τὸ εὖρος του ἐπίσης ποικίλλει ἀπὸ 1 ἕως 3 χιλ. Φέρεται πρὸς τὰ ἀριστερὰ καὶ ὀπισθεν, ὅπου συναντᾷ τὸν ἡπατικὸν πόρον μετὰ τοῦ ὁποίου καὶ ἐνοῦται ὑπὸ ὀξείαν γωνίαν, ἵνα οὕτω σχηματισθῇ ὁ κοινὸς χοληδόχος πόρος. Εἰς τὸν κυστικὸν πόρον διακρίνομεν δύο τμήματα: α) τὸ βαλβιδικὸν ἢ ἐγγύς καὶ β) τὸ λειὸν ἢ ἀπομεμακρυσμένον. Εἰς τὸ βαλβιδικὸν τμήμα, ὁ βλεννογόνος ἔχει μίαν χαρακτηριστικὴν διαβαλβιδικὴν τμημα, ὁ βλεννογόνος ἔχει μίαν χαρακτηριστικὴν διαβαλβιδικὴν τμημα, ὁ βλεννογόνος ἔχει μίαν χαρακτηριστικὴν διαβαλβιδικὴν τμημα, ὁ βλεννογόνος ἔχει μίαν χαρακτηριστικὴν διαβαλβιδικὴν τμημα, ὁ βλεννογόνος ἔχει μίαν χαρακτηριστικὴν διαβαλβιδικὴν τμημα, ὁ βλεννογόνος ἔχει μίαν χαρακτηριστικὴν διαβαλβιδικὴν τμημα. Εἰς τὸ σημεῖον αὐτὸ ὁ κυστικός πόρος ἐνίοτε κάμπτεται

τελείως, ἡ δὲ κάμψις αὕτη προδιαθέτει εἰς ἐπώδυνα σύνδρομα ὀφειλόμενα εἰς δυσκινησίαν. Κατὰ τινες συγγραφεῖς ὁ ρόλος τῆς βαλβίδος τοῦ Heister εἶναι ἡ παρεμπόδισις εἴτε μιᾶς ἀποτόμου χαλάσεως, εἴτε μιᾶς ἀποτόμου διατάσεως τοῦ κυστικοῦ πόρου. Τὸ ἔτερον τμήμα τοῦ κυστικοῦ πόρου, τὸ λεῖον, ἐάν μὲν τὸ μήκος του εἶναι βραχύ, ἐνοῦται μὲ τὴν κυρίαν χοληφόρον ὁδόν, παρά τὴν πύλην, εἰς ὀρθὴν γωνίαν. Ἐάν εἶναι ἐπίμηκες, ἐνοῦται χαμηλά ὑπὸ ὀξεῖαν γωνίαν.

Ἡ κυρία χοληφόρος ὁδὸς—ὁ κορμὸς τοῦ δένδρου—ἀποτελεῖται, ὡς εἶπομεν, ἐκ τοῦ ἥπατικοῦ πόρου καὶ τοῦ χοληδόχου, ἐκκινεῖ δὲ ἐκ τῆς πύλης τοῦ ἥπατος, ὅπου διαιρεῖται, κατευθυνομένη πρὸς τὸ 12δάκτυλον, ὅπου ἐμφυτεύεται. Τὸ μήκος, τὸ εὖρος, ἡ πορεία, ποικίλλουν ἀναλόγως τῶν ἀτόμων.

Ὁ ἥπατικός πόρος, σωληνοειδῆς, ἔχει μήκος 4 ἐκ. περίπου καὶ εὖρος 4 χιλ. Σχηματίζεται ἐκ τῆς συνενώσεως δύο μικροτέρων πόρων, ἑνὸς δεξιοῦ ἀθροίζοντος τὴν χολὴν κυρίως ἐκ τοῦ δεξιοῦ καὶ τετραπλεύρου λοβοῦ καὶ ἑνὸς ἀριστεροῦ, ἀρχομένου ἐκ τοῦ ἀριστεροῦ λοβοῦ. Σπανίως παρατηροῦνται 3 ἢ 4 πόροι. Ἐνίοτε παρατηροῦμεν, πρὸ τοῦ διχασμοῦ εἰς δύο πόρους, ἕνα ἢ δύο πλαγίους πρὸς τὸν δεξιὸν λοβόν.

Ὁ χοληδόχος πόρος ἔχει μήκος 8—10 ἐκ., εὖρος δὲ 3 ἕως 10 χιλ. Πέραν τοῦ ἀριθμοῦ τούτου τὸ εὖρος παύει νὰ εἶναι φυσιολογικόν.

Ἡ πορεία του ποικίλλει: α) εὐθύς, διαγράφει ἀπλῶς ἐν τόξον ἐλάχιστα τεταμένον μὲ κυρτότητα πρὸς τὰ ἀριστερά, β) συχνότερον διαγράφει τόξον κύκλου ἐνίοτε μὲ σχῆμα ἐπιμήκους S, γ) ἐνίοτε ὁμῶς διαγράφει ὀξεῖαν γωνίαν εἰς τὸ ὕψος τοῦ ἄνω χείλους τοῦ παγκρέατος. Οὕτω τὸ ἄνω τμήμα, κωνικόν, παρακολουθοῦν τὰς ἀναπνευστικὰς κινήσεις, πορεύεται πρὸς τὰ κάτω καὶ ἀριστερά, ἐνῶ ἡ κάτω μοῖρα, ὀλιγώτερον ἐλευθέρα, πορεύεται πρὸς τὰ δεξιὰ. Ἡ οὕτω σχηματιζομένη γωνία, ἐνίοτε λίαν ὀξεῖα, προκαλεῖ διάτασιν, στάσιν καὶ φλεγμονὴν τοῦ χοληδόχου πόρου.

Ἡ σπουδαιότερα ὁμῶς μοῖρα τοῦ χοληδόχου πόρου εἶναι ἐκείνη, ἣτις ἔχει ἄμεσον σχέσιν μετὰ τοῦ δωδεκαδακτύλου, εἰς τὸ ἔσω χεῖλος τοῦ ὁποίου πάντοτε καταλήγει. Τὸ σημεῖον ὁμῶς συμβολῆς δὲν εἶναι πάντοτε σταθερόν. Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον κεῖται εἰς τὸ μέσον τῆς κατιούσης μοίρας τοῦ δωδεκαδακτύλου καὶ εἰς ἀπόστασιν 3—4 ἐκ. ἀπὸ τοῦ πυλωροῦ, σπανιώτερα ὑψηλότερον, ἀρκετὰ συχνὰ πλέον χαμηλά. Ἡ συμβολὴ εἰς ἀπόστασιν μικροτέραν τῶν 2 ἐκ. ἀπὸ τοῦ

άνω γόνατος τοῦ 12δακτύλου εἶναι ἐξαιρετικῶς σπανία, ἀλλὰ λίαν ἐπικίνδυνος, διότι δυνατόν νά τραυματισθῆ ἢ καί ν' ἀποκοπῆ ὁ χοληδόχος πόρος κατὰ τὰς γαστρεκτομὰς δι' ὀπισθοβολβικόν ἔλκος. Εἰς τὴν περίπτωσιν ταύτην ἡ ἔνωσις γίνεται κατ' ὀρθὴν γωνίαν ἄνευ πλαγίας διαδρομῆς, παρατηρεῖται δὲ κατὰ τὴν ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν ἀναγωγὴ τοῦ βαριούχου πόλου ἐντὸς τῶν χοληφόρων ὁδῶν, παρὰ τὴν ὑπαρξίν φυσιολογικοῦ τοῦ σφιγκτήρος τοῦ Oddi.

Πλέον συχνὴ ἀπὸ τὴν προηγουμένην εἶναι ἡ χαμηλὴ συμβολή, παρὰ τὸ κάτω γόνα ἢ καί ἐντὸς τῆς 3ης μοίρας τοῦ δωδεκαδακτύλου, ἄνευ πλαγίας διαδρομῆς. Εἰς τὴν περίπτωσιν ταύτην δὲν παρατηρεῖται ἀναγωγὴ σκιερᾶς οὐσίας, πιθανώτατα λόγω ἠλαττωμένης ἐνδοδωδεκαδακτυλικῆς πίεσεως. Φυσικὰ αἱ ἀνωμαλίας αὗται δημιουργοῦν δυσχερείας εἰς τοὺς χειρουργούς, οἵτινες δὲν κατορθώνουν ἐνίοτε ν' ἀνεύρουν τὸ φατέρειον φῦμα, ἐάν δὲν ἔχη προηγηθῆ χολαγγειογραφία.

Ὁ εὐνοϊκώτερος τρόπος ἐνώσεως χοληδόχου πόρου καὶ δωδεκαδακτύλου εἰς τὸν ἄνθρωπον εἶναι ὁ παράλληλος, ἄνευ γωνίας. Ἀντιθέτως ἢ κατ' ὀρθὴν γωνία συμβολὴ προδιαθέτει εἰς ἐπώδυνα φλεγμονώδη φαινόμενα. Τὸ σημεῖον τοῦτο, ἐξ ἄλλου, τῆς ἐνώσεως εἶναι καί ἡ ἔδρα τοῦ λειτουργικῶς σπουδαιότερου κυκλοτεροῦς τμήματος τοῦ σφιγκτήρος τοῦ Oddi, τοῦ καλουμένου sphincter choledocus superioris.

Ἡ ἐνδοδωδεκαδακτυλικὴ ἢ ἐνδοτειχικὴ μοῖρα τοῦ χοληδόχου πόρου εἶναι τὸ σπουδαιότερον τμήμα ὅλων τῶν χοληφόρων ὁδῶν. Ὑπάρχει ἀκόμη καί εἰς τὰ ζῶα ἐκεῖνα, τὰ ὁποῖα στεροῦνται χοληδόχου κύστεως καὶ σχετικῶς σφιγκτήρος τοῦ Oddi. Ἡ διάταξις εἶναι ἀναγκύστεως καὶ σχετικῶς σφιγκτήρος τοῦ Oddi. Ἡ διάταξις εἶναι ἀναγκύστεως καὶ ἀρκετὴ, ὅπως ἐμποδίζει τὴν ἀναγωγὴν τοῦ δωδεκαδακτυλικοῦ περιεχομένου ἐντὸς τῶν χοληφόρων ὁδῶν. Τὸ μήκος τῆς ἐνδοτειχικῆς ταύτης μοίρας ποικίλλει ἀπὸ 1—2,5 ἐκ.

Οἱ περισσότεροι τῶν συγγραφέων παραδέχονται κοινὴν κοιλότητα τῶν χοληφόρων καὶ παγκρεατικῶν πόρων. Ὅταν δὲν ὑπάρχη κοινὸς πόρος τοῦ χοληδόχου καὶ τοῦ Wirsung, τὸ ἐσωτερικὸν τῆς τελικῆς μοίρας τοῦ χοληδόχου πόρου στενοῦται κατὰ τὸ ἡμισυ τῆς ἐξωτειτικῆς, λαμβάνουσα σχῆμα ἀνεστραμμένης φλογός. Ἡ στένωσις ἐπομένως τῆς μοίρας ταύτης εἶναι φυσιολογικὴ καὶ οὐχὶ παθολογικὴ, λόγω τῆς ὑπάρξεως εἰς τὸ σημεῖον γενέσεώς της ἐνὸς ἰδίου σφιγκτήρος (Sphincter choledocus proprius), ἐνῶ εἰς τὴν τελικὴν μοῖραν εἶναι λίαν λεπτός, λόγω τοῦ σφιγκτήρος τῆς θηλῆς (papille).

Ὅταν ἡ συμβολὴ χοληδόχου πόρου καὶ Wirsung εἶναι κοινὴ, ἢ διάταξις ἀλλάσσει. Σπανίως ὁ πόρος τοῦ Wirsung καταλήγει ὑψηλά,

όποτε έμφυτεύεται εις τόν χοληδόχον πλαγίως, ώς εάν ήτο εις παράλληλος κλάδος του, υπερθεν δέ τοῦ σφιγκτήρος, όποτε διευκολύνεται ή άναγωγή. Συνήθως όμως χοληδόχος πόρος και Wirsung έχουν κοινήν κατάληξιν, τό λεγόμενον φῦμα τοῦ Vater, ποικίλου μήκους, σχήματος δέ μικροσκοπικής μήτρας, εις τόν πυθμένα της όποιας έκβάλλουν δύο κέρατα, τά όποια είναι οί δύο άνωτέρω πόροι. Τό φῦμα τοῦ Vater καταλήγει εις ένα γνήσιον αύχένα, όστις έκβάλλει έντός της θηλής (papille).

Ἡ ιστολογική μελέτη τῶν χοληφόρων όδῶν είναι επίσης άπαραίτητος, διότι έπιτρέπει τήν εύχερεστέραν κατανόησιν όχι μόνον της φυσιολογίας αύτῶν, αλλά και ώρισμένων παθολογικῶν καταστάσεων.

Τό τοίχωμα της χοληδόχου κύστεως έμφανίζει διάφορον πάχυνσιν, έξαρτωμένην έκ της καταστάσεως εις ήν εύρίσκεται. Οὔτω, έν συσπάσει τό πάχος είναι 1 έως 2 χιλιοστά, έν διατάσει δέ 0,16 χιλ. Έκ τῶν στρωμάτων της, δύο κυρίως έχουν λειτουργικήν σημασίαν, ό βλεννογόνος μετά τοῦ ύπο—έπιθηλιακοῦ στρώματος και ό ίνομυώδης χιτῶν μετά τοῦ ύπο—ορογόνου. Ὁ βλεννογόνος έμφανίζει πτυχάς, αίτινες άναστομοῦνται μεταξύ τῶν, άφορίζουσαι πολυγωνικάς περιοχάς, παρέχουσαι δικτυωτήν ὄψιν. Αί πτυχάι έξαφανίζονται κατά τās περιόδους νηστείας και όταν διατείνεται ή κύστις. Ὁ ίνομυώδης χιτῶν έχει μικτήν άρχιτεκτονικήν, αποτελούμενος άπό πυκνάς συνδετικές ίνας άναμίκτους μετά λειῶν μυϊκῶν ίνῶν, και αίτινες προσλαμβάνουν, παρά τόν αύχένα της χοληδόχου, κυκλοτερή διάταξιν, σχηματίζουσαι τόν σφιγκτήρα, όστις έχει μίαν σχετικήν άυτόνομίαν.

Τό έπιθήλιον τῶν χοληφόρων πόρων όμοιάζει με τό της χοληδόχου, αποτελούμενον άπό πρισματικά κύτταρα και έπενδυόμενον ύφ' ενός στρώματος, όπερ έξαφανίζεται παρά τόν ήπατικόν—χοληδόχον πόρον. Ἀποτελεῖται άπό ίνώδη Ιστόν και μυϊκάς ίνας, αίτινες έξαφανίζονται σχεδόν ή παρουσιάζουν μεγάλας ποικιλίας παρά τόν ήπατικόν και χοληδόχον πόρον. Ἐλαστικάι ίνες ύπάρχουν άφθονοι εις τόν ήπατικόν πόρον, σπάνιαι εις τόν κυστικόν, ένῶ έχουν βαθειαν και έπιμήκη διάταξιν εις τόν χοληδόχον πόρον.

Ὁ σφιγκτήρ τοῦ Oddi παίζει σπουδαιότατον ρόλον εις τόν μηχανισμόν τῶν δυσλειτουργιῶν και εις τήν παθογένειαν ώρισμένων Ικτέρων.

Διά τήν κατασκευήν και λειτουργίαν τοῦ σφιγκτήρος τούτου ύποστηρίζονται διάφοροι άπόψεις:

Κατὰ τὸν πλέον κλασσικὸν συγγραφέα, τὸν Hendrickson, τὸ ἐν τῷ βάθει στρώμα ἀποτελεῖται κυρίως ἀπὸ κυκλοτερεῖς ἴνας, ἐνῶ ἄλλαι, ἀνεξάρτητοι, περιβάλλουν τὸν χοληδόχον πόρον, διεισδύουσαι μεταξὺ τούτων καὶ τοῦ Wirsung. Ἡ ἄλλαι ἴνες ἐκκινοῦν ἐκ τοῦ χοληδόχου πόρου καὶ διέρχονται ἔμπροσθεν τοῦ Wirsung, ἵνα ἐνωθοῦν μετὰ τὰς ἴνας τῆς ἐναντι πλευρᾶς, ἐνῶ ἄλλαι, προερχόμεναι ἐκ τοῦ μυϊκοῦ χιτῶνος τοῦ δωδεκαδακτύλου, ἀνέρχονται κατὰ μῆκος τοῦ φύματος περιβάλλουσαι τὸν χοληδόχον πόρον.

Αἱ ἱστολογικαὶ μελέται τοῦ Dardinski διαφωνοῦν μετὰ τὰς τοῦ Hendrickson. Τὸ πλεῖστον τῶν κυκλοτερῶν ἰνῶν, αἵτινες στενοῦν τὸν χοληδόχον πόρον, εἶναι ἐξωτερικαί, προερχόμεναι ἐκ τοῦ μυϊκοῦ τοιχώματος τοῦ 12δακτύλου, καὶ ἐπομένως ἡ λειτουργία τοῦ σφιγκτήρος ὀφείλεται κυρίως εἰς τὸ ἐντερικὸν μυϊκὸν σύστημα. Αἱ ἐν τῷ βάθει αὐτόνομοι ἴνες ἔχουν, ἀντιθέτως, πλαγίαν κατεύθυνσιν καὶ δὲν λαμβάνουν μέρος εἰς τὴν σύσπασιν τοῦ πόρου, ἀλλὰ διευρύνουν τοῦτον. Ἡ παρουσία μυϊκῶν ἰνῶν ἐντὸς τῶν βλεννογονίων πτυχῶν ὑποδεικνύει τὸν ἐνεργητικὸν τοῦ ῥόλου εἰς τὴν ῥοὴν τῆς χολῆς.

Κατὰ τὸν Westphall ὁ σφιγκτῆρ τοῦ Oddi ἀποτελεῖται ἀπὸ μυϊκὸν σύστημα ἀνάλογον μετὰ τὴν πυλωρικὴν μοῖραν τοῦ στομάχου, τὸ ὑποδιαίρει δέ: α) εἰς ἓν «ἄντρον», τὴν δωδεκαδακτυλικὴν μοῖραν τὴν εὐρισκομένην ἔμπροσθεν καὶ ἐντὸς τοῦ τοιχώματος τοῦ 12δακτύλου καὶ β) εἰς ἓνα «πυλωρόν», τὸν δακτύλιον τοῦ σφιγκτήρος εἰς τὸ ἄκρον τοῦ φύματος. Αἱ δύο αὗται μοῖραι ἐπηρεάζονται ἀπὸ διάφορον νεύρωσιν. Οὕτως ἡ 12δακτυλικὴ μοῖρα συσπᾶται ὑπὸ τὴν ἐπίδρασιν τοῦ παρασυμπαθητικοῦ καὶ χαλαροῦται ἀπὸ τὴν τοῦ συμπαθητικοῦ. Ὁ σφιγκτῆρ τοῦ φύματος συσπᾶται ἀπὸ τὸ συμπαθητικὸν καὶ παραλύει ἀπὸ τὸ παρασυμπαθητικόν. Ἡ δωδεκαδακτυλικὴ μοῖρα καὶ ἡ τοῦ ἄντρου ἀποβάλλουν τὴν χολὴν χάρις εἰς ἐντόνους περισταλτικὰς κινήσεις.

Προσφάτως ὁ Negri, βασιζόμενος εἰς μελέτας ἱστολογικῶν παρασκευασμάτων ἐμβρύων καὶ ἐνηλίκων, καταλήγει εἰς τὰ ἑξῆς συμπεράσματα. Ὑπάρχει: α) εἷς ἴδιος σφιγκτῆρ τοῦ φύματος, ἀποτελούμενος ἀπὸ κυκλοτερεῖς, ἡμικυκλοτερεῖς καὶ ἐπιμήκεις ἴνας: ὁ πυλωρικός τοῦ Westphall· β) εἷς σφιγκτῆρ τοῦ χοληδόχου πόρου, ὅστις καὶ ἀποτελεῖ τὸ σπουδαιότερον τμήμα τοῦ σφιγκτήρος τοῦ Oddi, διαρροῦμενος εἰς δύο μοῖρας: 1) τὸν κάτω σφιγκτήρα ἐκ κυκλοτερῶν ἰνῶν, ἐκτεινόμενον ἀπὸ τοῦ ἄνω πόλου τοῦ φύματος μέχρι τοῦ ἐντερικοῦ μύος, περιβάλλοντα τὸν Wirsung καὶ σχηματίζοντα τοιοῦτοτρόπως ἓνα κοινὸν σφιγκτήρα τῶν δύο πόρων, 2) τὸν ἄνω σφιγκτήρα (sphincter choledocus proprius), 3) ἓνα παγκρε-

ατικών σφιγκτήρα, όστις όέν περιβάλλει συνήθως άπολύτως τόν πόρον του Wirsung.

Κατά τήν ένδοτειχικήν έξ άλλου διαδρομήν του, ό σφιγκτήρ του Oddi περιλαμβάνει έν βλεννογόνιον σύστημα, όπερ τόν διαφορίζει του χοληδόχου πόρου. Είς τό σημεϊον αυτό παρατηρείται έπίσης μία έκσεσημασμένη άνάμιξις τών μυϊκών στοιχείων μετά τών αδένων.

Τό φώμα του Vater ποικίλλει άπό άτόμου είς άτομον, έξ ού και διαφέρει είτε λόγω συγγενών άνωμαλιών είτε ίστολογικώς λόγω ήλικίας. Είς τήν τελευταίαν περίπτωσιν οί αδένες τών βλεννογονίων πτυχών του χοληδόχου πόρου ύφίστανται μίαν αδενωματώδη έξαλλαγήν, ήτις παρατηρείται συχνότερον είς τόν άνδρα μετά τό 50όν έτος τής ήλικίας του. Ή έξαλλαγή αύτη δύναται ν' άποβή τό σημεϊον έκκινήσεως ένός καρκίνου του Φατερείου φύματος. Ήπί 25 άρρώστων μελετηθέντων ύπό του Baggenstoss οί 23 παρουσίαζον τήν αδενωματώδη ταύτην ύπερτροφίαν του βλεννογόνου. Είς τούτους παρετηρήθη ή σύγχρονος ύπαρξις νεοπλάσματος, κακοήθους είς 9 άτομα, καλοήθους είς 14, κάπου άλλαχου του σώματος, ώς επί τό πλεϊστον όμως είς τόν πεπτικόν σωλήνα.

Άγγεία και νεύρα τών χοληφόρων όδών. α) Άρτηρία: Ή ήπατική άρτηρία διερχομένη διά του έλάσσονος έπίπλου άκολουθεϊ τόν κοινόν χοληδόχον πόρον. Παρά τό άποτύωμα τής πυλαίας διαιρείται είς δύο κλάδους, δεξιόν και άριστερόν. Ο δεξιός κλάδος κατευθύνεται όπισθεν του κυστικού και ήπατικού πόρου ώς κυστική άρτηρία. Αύτη παρουσιάζει πολλές ποικιλίας όσον άφορᾷ τήν πορείαν της, αλλά και τό σημεϊον έκβολής της. Κατά προσφάτους έρεύνας του Daseler, ή κυστική άρτηρία προέρχεται έκ τής δεξιᾷς ήπατικής είς 58,6% τών περιπτώσεων.

β) Τό φλεβικόν σύστημα τής χοληδόχου άποτελείται άπό ίδια πλέγματα τριχοειδών, τά όποϊα πορεύονται κατ' εύθείαν πρός τό ήπατικόν παρέγχυμα. Ούτω δέν αναστομοϋνται με τούς ένδο-ήπατικούς κλάδους τής πυλαίας, άποφευγομένης τοιουτοτρόπως κάθε έπικοινωνίας τών δύο τούτων φλεβικών συστημάτων. Ήπίσης έν πλέγμα δυνατόν νά ένωθῆ με μίαν μοναδικήν φλέβα κατά μήκος του χοληφόρου πόρου.

γ) Τό λεμφικόν σύστημα τής χοληδόχου είναι πλουσιώτατον, αναστομούμενον μετά του ήπατος διά τής έλευθέρας έξωπεριτοναϊκής μοίρας τής κύστεως. Οί κύριοι κλάδοι πορεύονται πρός τόν

κυστικόν πόρον, πρὸς τὸν ἀδένα τὸν εὐρισκόμενον μεταξύ τοῦ αὐχένου τῆς χοληδόχου κύστεως καὶ τοῦ κυστικοῦ πόρου. Ὁ «φρουρός» αὐτὸς ἀδὴν, εἰς περίπτωσιν φλεγμονῆς τῆς χοληδόχου, διογκοῦται. Αἱ ἐργασίαι ἐξ ἄλλου τοῦ Kodama παρουσιάζουν ἐνδιαφέρον ἀπὸ παθολογικῆς ἀπόψεως. Οὗτος ἀπέδειξε, διὰ πειραμάτων εἰς τὰ ζῶα, ὅτι τὰ λεμφαγγεῖα τῆς χοληδόχου κύστεως διέρχονται ὑπερθεν τῆς ἐπιφανείας τοῦ παγκρέατος, χωρὶς νὰ εἰσέρχωνται ἐντὸς τοῦ παρεγχύματος. Παρατήρησεν ἐπίσης, ὅτι δὲν ὑπάρχει καμμία ἄμεσος ἀναστόμωσις μεταξύ τῶν λεμφαγγείων τῆς χοληδόχου καὶ οἰασοδήποτε ἄλλης μοίρας τοῦ γαστρεντερικοῦ σωλήνος, πλὴν τοῦ ἄνω τμήματος τοῦ δωδεκαδακτύλου.

Αἱ χοληφόροι ὁδοὶ ἔχουν ἐπίσης πλούσιον λεμφικὸν σύστημα. Τοῦ κυστικοῦ πόρου τὰ ἀγγεῖα πορεύονται πρὸς τὸν ἀδένα τοῦ αὐχένου, τοῦ ἥπατικοῦ πόρου πρὸς τοὺς ἀδένας τοῦ χώρου τοῦ Winslow καὶ τὰ ἄνω ὀπισθο—δωδεκαδακτυλικο—παγκρεατικά, τὰ τοῦ κοινοῦ χοληδόχου πόρου πρὸς τὰ τοῦ χώρου καὶ πρὸς τὰ ὀπίσθια παγκρεατικά.

δ) Τὰ νεῦρα τῶν χοληφόρων ὁδῶν προέρχονται κυρίως ἐκ τοῦ ἥπατικοῦ πλέγματος. Ἡ πλουσιωτέρα εἰς νεῦρα χώρα εἶναι ἡ συμβολὴ τοῦ ἥπατο - κυστικοῦ. Ὅσον ἀφορᾷ τὰ νεῦρα τὰ πορευόμενα πρὸς τὴν χοληδόχον κύστιν καὶ τοὺς πόρους, ταῦτα προέρχονται ἐκ τοῦ παρασυμπαθητικοῦ (δεξιοῦ καὶ ἀριστεροῦ) καὶ ἐκ τοῦ δεξιοῦ σπλαγχνικοῦ, ἐξ οὗ καὶ ἡ ἀντανάκλασις τῶν πόνων δεξιὰ εἰς τὰς παθήσεις τῆς χοληδόχου. Ὑπάρχουν ἐπίσης μερικοὶ κλάδοι τοῦ φρενικοῦ, οἵτινες κατευθύνονται πρὸς τὰς χοληφόρους ὁδοὺς.

Β' ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ ΟΔΩΝ

Ἐάν ὁ ἄνθρωπος δὲν εἶχε χοληδόχον κύστιν καὶ σφιγκτήρα τοῦ Oddi, ὅπως μερικά ζῶα—ἵππος, ἔλαφος—θὰ προσεβάλλετο, γράφει ὁ Caroli εἰς τὸ σχετικὸν σύγγραμμά του, πολὺ ὀλιγώτερον ἀπὸ νοσήματα τῶν χοληφόρων ὁδῶν. Εἰς τὰ ζῶα αὐτὰ δὲν ὑπάρχει ἐνδοτοιχωματικὴ ἀντίστασις καὶ ὡς ἐκ τούτου ἢ ἐντὸς τοῦ ἐντέρου ροῆ τῆς χολῆς εἶναι συνεχῆς. Εἰς τὸν ἄνθρωπον, ἀντιθέτως, ἡ κυριωτέρα λειτουργία τῆς χοληδόχου κύστεως εἶναι νὰ ἐναποθηκεύῃ τὴν χολήν, ἵνα τὴν ἀπεκκρίνῃ ἀναλόγως τῶν ἀναγκῶν τοῦ ὄργανισμοῦ, οὐχὶ κατὰ τρόπον συνεχῆ, ἀλλὰ κατὰ τὰ γεύματα, διευκολύνουσα τοιοῦτοτρόπως τὴν πέψιν. Κατὰ τὰς περιόδους νηστείας, ἐναποθηκευμένη ἡ χολὴ ἐντὸς τῆς κύστεως, ὑφίσταται ὠρισμένας φυσικὰς καὶ χημι-

κάς αλλοιώσεις, καί κυρίως συμπυκνοῦται, ἵνα ἀνταποκριθῆ ταχέως, ὁσάκις καλεῖται πρὸς τοῦτο.

Ἡ μελέτη ἐπομένως τῆς φυσιολογίας τῆς χοληδόχου θά συμπεριλαμβάνη τὴν μελέτην τοῦ ἐπιθηλίου τῆς, ἧτοι τὴν ἔκκρισιν, ἀπορρόφησιν καὶ συμπύκνωσιν, ὡς καὶ τὸν μηχανισμόν τῆς πληρώσεως καὶ ἐκκενώσεως τοῦ ὄργάνου τούτου.

Ἡ χολή, ὅπως ἐκκρίνεται ἐκ τοῦ ἥπατος καὶ πρὶν ἢ εἰσέλθῃ ἐντὸς τῆς χοληδόχου, ἔχει φυσιολογικῶς χρῶμα χρυσίζον ἢ πορτοκαλίου, μὲ εἰδικὸν βάρος 1,008, σημεῖον πήξεως μεταξύ 56° καὶ 61° C τὸ δὲ Ph ποικίλλει ἀπὸ 5,70 ἕως 7,86, ἐπηραζόμενον ἐκ τῶν τροφῶν, φαρμάκων καὶ ἄλλων ἐξωγενῶν παραγόντων.

Ἡ ἐπιφανειακὴ τάσις ἐξαρτᾶται ἐκ τῆς πυκνότητος τῶν χολικῶν ἀλάτων, ἡ δὲ ὠσμωτικὴ πίεσις εἶναι κάπως ὑψηλοτέρα τῆς τοῦ αἵματος.

Ἡ ἥπατικὴ χολὴ ἀποτελεῖται κατὰ τὰ 97% ἐξ ὕδατος, 1 ἕως 2% ἐκ χολικῶν ἀλάτων, ἐνῶ τὸ ὑπόλοιπον περιλαμβάνει μικρὰς ποσότητας χολοχρωστικῶν, χοληστερόλης, λίπη, σάπωνας, λιπαρὰ ὀξέα, ἄλατα κλπ. Ἀνευρίσκονται ἐπίσης καὶ ἄλλαι οὐσίαι ὑπάρχουσαι καὶ ἐν τῷ αἵματι, εἰς τὴν αὐτὴν περίπου ἀναλογίαν, ὅπως οὐρικὸν ὀξύ, οὐρία, κρεατινίνη, σάκχαρον, φωσφατάση, ἀμυλάση, ὁρμόναι, βιταμίναι κλπ.

Ἡ ἔκκρισις τῆς ἥπατικῆς χολῆς εἶναι συνεχῆς. Ἡ ὀλικὴ τῆς ὅμως ποσότης ποικίλλει, ἐξαρτωμένη ἀπὸ ἐξωγενεῖς παράγοντας. Τὸ ἡμερήσιον ὀλικὸν ποσὸν ὑπολογίζεται εἰς 350 — 1000 κ. ἐκ., μὲ μέσον ὄρον 700 κ. ἐκ. περίπου.

Ἡ ἐντὸς τῆς χοληδόχου κύστεως περιεχομένη χολὴ εἶναι πλέον συμπεπυκνωμένη τῆς τοῦ ἥπατικοῦ πόρου κατὰ 4—10 φορές. Εἶναι χρώματος βαθέος καστανοῦ, ἐνίοτε σχεδὸν μαύρη, μὲ Ph κάτω τῶν 7 καὶ εἶδ. βάρος 1040. Ὅσον μεγαλυτέρα εἶναι ἡ συμπύκνωσις, τόσο αὕτη γίνεται περισσότερον γλοιώδους συστάσεως, ὅπως ἡ γλυκερίνη.

Ἡ χωρητικότης τῆς χοληδόχου κύστεως ποικίλλει ἀπὸ 30—90 κ. ἐκ., μὲ μέσον ὄρον 45 κ. ἐκ. Ὅπως ἐλέχθη, ἡ χολὴ ἐναποθηκεύεται ἐντὸς τῆς κύστεως κατὰ τὴν περίοδον τῆς νηστείας, τὴν νύκτα καὶ μεταξὺ τῶν γευμάτων, ἀφοῦ κενωθῆ ὁ στόμαχος.

Τὸ ἐπιθηλίον τῆς χοληδόχου ἔχει ὡς κύριον ρόλον τὴν συμπύκνωσιν, ἧτις ἄρχεται ἅμα τῇ εἰσόδῳ τῆς ἥπατικῆς χολῆς ἐντὸς τῆς κύστεως. Κατὰ τὸν 1νγ ἡ συμπύκνωσις εἶναι πλήρης ἐντὸς 16 ἕως 24 ὥρων. Αὕτη φθάνουσα τὰς 5 ἕως 10 φορές, ἀκόμη καὶ 17, ὀφείλεται κυρίως εἰς τὴν μεγάλην καὶ ἐκλεκτικὴν ἀπορρόφησιν ὕδατος καὶ χλωριούχων. Ὑπὸ φυσιολογικοῦς ὄρους, μετὰ τὴν εἴσοδον

της ήπατικής χολής έντός της χοληδόχου, τὰ μὲν χλωριοῦχα καὶ τὸ διττανθρακικόν ἐλαττοῦνται, ἐνῶ τὰ χολικά ἄλατα, αἱ χολοχρωστικαί, ἡ χοληστερόλη καὶ τὸ ἀσβέστιον αὐξάνουσι. Κατὰ τὸν Ranvier ἡ χοληδόχος κύστις ἀπορροφᾷ ὡρισίως τὴν μὲν νύκτα 3,7 κυβ. ἐκατ. ὕδατος, τὴν δὲ ἡμέραν 1,7 κυβ. ἐκατ., ἐξ οὗ καὶ ἡ συμπύκνωσις τῆς χολῆς. Ἡ ταχύτης ἀπορροφήσεως δὲν ἐπηρεάζεται ἀπὸ τὰς τροφάς, ἐκτὸς ἐὰν ἡ χοληδόχος νοσῇ, ὁπότε αὕτη ἐλαττοῦται καὶ τὸ ὕδωρ ἀπεκκρίνεται.

Αἱ χολοχρωστικαί, ὅταν ἡ χοληδόχος εἶναι ὑγιής, ἀπορροφοῦνται εἰς λίαν μικρὸν ποσοστὸν, 4—5%. Κατόπιν ὅμως ἀπολινώσεως τοῦ κυστικοῦ πόρου παρετηρήθη ὅτι αὗται ἐξαφανίζονται ἐκ τοῦ περιεχομένου τῆς κύστεως εἰς διάστημα πολλῶν ἐβδομάδων. Εἰς περίπτωσιν φλεγμονῆς τῆς χοληδόχου ἡ συμπύκνωσις τῶν ἐλαττοῦται. Πειράματα εἰς κύνας ἀπέδειξαν, ὅτι αἱ ἀπώλεια αὗται λαμβάνουν χώραν ταχύτατα καὶ εἰς ποσοστὸν 36% κατὰ τὰς δύο πρώτας ὥρας.

Τὰ χολικά ἄλατα εἰς φυσιολογικὴν χοληδόχον ἐλάχιστα ἀπορροφοῦνται, ἐνῶ ὅταν αὕτη φλεγμαίνῃ ἡ ἀπορρόφησις γίνεται ταχύτερα.

Ἡ χοληστερόλη οὐδόλως ἢ ἐλάχιστα ἀπορροφᾶται, μίαν φλεγμονὴ ὅμως τῆς χοληδόχου αὐξάνει δι' ἀπεκκρίσεως τὸ εἰς χοληστερόλην περιεχόμενον τῆς χολῆς τῆς χοληδόχου.

Τὸ ἀσβέστιον ἀπορροφᾶται ὅπως καὶ τὰ χλωριοῦχα, ἀπεκκρίνεται ὅμως ὅταν φλεγμαίνῃ ἡ κύστις. Εἰς τὰς παθολογικὰς αὐτὰς καταστάσεις τὸ ἀσβέστιον ἐναποτίθεται εἰς τὸν ὑποβλεννογόσιον τῆς κύστεως ἢ ἀπεκκρίνεται εἰς τὸ ἐσωτερικόν τῆς μετὰ τῆς χοληστερόλης, ὡς λευκὴ χολή.

Διάφορα βακτηριῖδια εἰσαγόμενα ἐντὸς τῆς χοληδόχου δύνανται ν' ἀνευρεθοῦν ἐντὸς τῆς γενικῆς κυκλοφορίας, ὅπως καὶ μικρόβια εἰσαγόμενα ἐντὸς τοῦ αἵματος ἀνευρίσκονται συχνὰ ἐντὸς τῆς χολῆς. Οὕτω βακτηριῖδια Κώχ, ἐνιέμενα ἐνδοφλεβίως εἰς Ἰνδικὰ χοιρίδια, ἐμφανίζονται μετὰ 6 ὥρας ἐντὸς τῆς χολῆς. Μερικαὶ τοξιχοιρίδια, ἐμφανίζονται μετὰ 6 ὥρας ἐντὸς τῆς χολῆς. Μερικαὶ τοξινὴν αὐτοῦσαι ἐντὸς τῆς χοληδόχου. Τοῦτο παρατηρεῖται μὲ τὴν τοξινὴν τῆς διφθερίτιδος, ἐνῶ ἡ τοῦ τετάνου ἀποτοξινούται ὑπὸ τοῦ ἥπατος καὶ εἰς τὴν κατάστασιν ταύτην εἰσέρχεται ἐντὸς τῆς χοληδόχου. Ἡ χολὴ δύνανται γενικῶς νὰ θεωρηθῇ ὡς στεῖρα, οὐχὶ ὅμως καὶ ὡς βακτηριδιοκτόνος.

Τό ἐπιθήλιον τῆς χοληδόχου δύναται ν' ἀπορροφήσῃ καί τινας ἄλλας οὐσίας, ὅπως ἰωδιοῦχον κάλι, χρωστικὰς οὐσίας. Ὅσον ἀφορᾷ τὰς διὰ τὴν χολοκυστογραφίαν χρησιμοποιουμένας, δυνατόν ν' ἀπορροφηθοῦν, ἰδίως ὅταν νοσῇ ἡ χοληδόχος κύστις.

Περιληπτικῶς: Ἡ ἐντὸς τῆς χοληδόχου κύστεως περιεχομένη χολὴ εἶναι κατὰ πολὺ πυκνότερα τῆς ἥπατικῆς. Κατὰ τὸν Hohlweg 40 κ. ἐκ. χολῆς τῆς χοληδόχου ἀντιπροσωπεύουν 240—400 κ. ἐκ. ἥπατικῆς χολῆς. Εἰς μίαν περίπου ὥραν ἡ χοληδόχος κύστις ἀπορροφᾷ τὸ ἥμισυ τοῦ ὄγκου τοῦ περιεχομένου ὑγροῦ. Εἶναι ἐπομένως εὐνόητον πῶς ἐν τόσον μικρὸν ὄργανον ἐναποθηκεύει μίαν τόσον μεγάλην ποσότητα χολοχρωστικῶν καὶ χολικῶν ἀλάτων προερχομένων ἐκ τοῦ ἥπατος.

Οἱ Mann, Bollman καὶ Magath ἀπέδειξαν, ἐξ ἄλλου, ὅτι μετὰ τὴν ἐκτομὴν τῆς χοληδόχου καὶ τὴν ἀπολίνωσιν τοῦ χοληδόχου πόρου, θὰ ἐμφανισθῇ ἴκτερος ἐντὸς τριῶν ἕως ἕξ ὥρων. Ἐάν ὁμως ἀπολινωθῇ ἀπλῶς ὁ χοληδόχος πόρος ἄνευ χολοκυστεκτομῆς, ἐναποθηκεύεται τοιαύτη ποσότης χολοχρωστικῶν ἐντὸς τῆς κύστεως, ὥστε ἡ ἐμφάνισις τοῦ ἴκτερου θέλει καθυστερήσει 36 ἕως 48 περίπου ὥρας.

Ἡ ἰδιότης αὕτη τῆς χοληδόχου, ἥτοι τῆς συμπυκνώσεως, ἐνέχει μεγίστην κλινικὴν σημασίαν. Θὰ ἴδωμεν εἰς κατωτέρω κεφάλαιον, ὅτι ἡ χρώσις τῆς χοληδόχου κύστεως κατὰ Graham—Cole, ἥτοι ἡ χολοκυστογραφία, διὰ τὴν διαπίστωσιν μιᾶς φλεγμονῆς τοῦ ὄργανου τούτου, βασιζέται ἀκριβῶς εἰς τὸ γεγονός, ὅτι ἡ χορηγούμενη χρωστικὴ—ἡ τετραϊώδοφαινολοφθαλεῖνη—ἀπεκκρινομένη ὑπὸ τοῦ ἥπατος δὲν συμπυκνοῦται ἀπὸ τὴν νοσοῦσαν χοληδόχον, ἥτις συνεπῶς δὲν διαγράφεται ἀκτινολογικῶς. Σημειωτέον ὁμως ὅτι, εἰς τινὰς περιπτώσεις, ἂν καὶ ἡ χοληδόχος φλεγμαίνῃ, συμπυκνώνει τὴν χρωστικὴν οὐσίαν τόσον, ὥστε νὰ διαγράφεται καλῶς ἀκτινολογικῶς. Ἡ σημασία μιᾶς τοιαύτης ἐξετάσεως δυνατόν νὰ μειωθῇ ἔτι περισσότερο, δεδομένου ὅτι, εἰς περίπτωσιν χολοκυστίτιδος, ἡ φλεγμονὴ πολλάκις προσβάλλει μόνον τὰ ἐξωτερικὰ τοιχώματα καὶ οὐχὶ τὸν βλεννογόνον. Πρακτικῶς ὁμως ἡ ἐξέτασις αὕτη ἐνέχει μεγίστην κλινικὴν σημασίαν.

Ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἔκκρισιν τῆς χοληδόχου κύστεως, αὕτη συνίσταται κυρίως εἰς τὴν παραγωγὴν 20 κ. ἐκ. περίπου ἡμερησίως μιᾶς βλενωδούς ἀλκαλικῆς οὐσίας, μὴ περιεχοῦσης χοληστερόλην ἢ χολικά ἄλατα.

Συνεχίζοντας την μελέτην της φυσιολογίας της χοληδόχου, θα εξετάσωμεν δύο κυρίως προβλήματα :

- α) τὸν μηχανισμόν πληρώσεως τῆς χοληδόχου κύστεως, καὶ
β) τὸν μηχανισμόν ἐκκενώσεως αὐτῆς.

Ἡ λειτουργία, γενικῶς, τῆς χοληδόχου ρυθμίζεται ἀπὸ τρεῖς κυρίως παράγοντας :

1) τὴν πίεσιν, ἣτις ἀσκεῖται κατὰ τὴν ἔκκρισιν τοῦ ἥπατος, δυναμένην νὰ φθάσῃ τὰ 30 ἐκ. στήλης ὕδατος·

2) τὴν ἰκανότητα συσπάσεως τῆς χοληδόχου, ἰσχύος μέχρις 20 ἔως 30 ἐκ. στήλης ὕδατος·

3) τὴν ἀντίστασιν τοῦ σφιγκτήρος τοῦ Oddi, ἀνερχομένην φυσιολογικῶς εἰς 10 ἔως 15 ἐκ. στήλης ὕδατος, δυναμένην νὰ ἀνέλθῃ μέχρι καὶ 50 ἐκ.

Τέλος δεόν νὰ ληφθῇ σοβαρῶς ὑπ' ὄψιν καὶ ὁ ρόλος τῶν διαφόρων ὁρμονικῶν καὶ νευρικῶν παραγόντων.

α) Πλήρωσις τῆς χοληδόχου: Κατὰ τοὺς Mc Master καὶ Elman, ὅταν παρέλθῃ ἡ φάσις τῆς πέψεως, αὐξάνει ὁ τόνος τοῦ σφιγκτήρος τοῦ Oddi ἀπὸ 10—12 ἐκ. στήλης ὕδ. εἰς 20—25, ἡ πίεσις εἰς τοὺς χοληφόρους πόρους ἐντείνεται, ἡ δὲ ἐνδοκυστική τάσις πίπτει ἀπὸ 14 ἐκ. στήλης ὕδ. εἰς τὰ 11, λόγω μυϊκῆς χαλαρώσεως. Τοιοῦτοτρόπως ἡ χολὴ ρεεῖ ἐντὸς τῆς κύστεως, ὅπου καὶ συμποκνοῦται.

Κατὰ τὴν περίοδον νηστείας — ἂν καὶ ἡ ἀπέκκρισις χολῆς ἐκ τοῦ ἥπατος εἶναι συνεχῆς — ἡ χοληδόχος παραμένει πεπληρωμένη :

— ἐλλείπει περισταλτικῶν κινήσεων τῆς,

— λόγω τῆς μεγαλυτέρας εὐκολίας μεθ' ἧς ἡ χολὴ ρεεῖ ἐκ τοῦ χοληδόχου πόρου πρὸς τὴν κύστιν, παρὰ ἀντιθέτως, ὡς ἐκ τῆς φυσιολογίας τοῦ εἰδικοῦ σφιγκτήρος — βαλβίδος παρὰ τὸν αὐχένα τῆς κύστεως,

— λόγω τοῦ μονίμου σπασμοῦ τοῦ σφιγκτήρος τοῦ Oddi.

Πράγματι, ἵνα πληρωθῇ ἡ χοληδόχος, εἶναι ἀπαραίτητος ἡ σύγκλεισις τοῦ σφιγκτήρος Oddi, ὅπως ἀπεδείχθη τοῦτο ἐκ πλείστων παρατηρήσεων, ὡς αἰ τοῦ Wilkenstein, καθ' ἧς ἡ διασωλήνωσις τοῦ σφιγκτήρος ἐμποδίζει τὴν πλήρωσιν τῆς κύστεως. Τὰς αὐτὰς συνειπίαις ἐπιφέρει καὶ ἡ τομὴ του. Ὁ Caroli παρετήρησεν ἐπίσης, ὅτι κατόπιν ἐπιτυχοῦς ἐγχειρητικῆς ἐμφυτεύσεως τοῦ χοληδόχου πόρου εἰς τι τμήμα τοῦ 12δακτύλου, ἡ χοληδόχος δὲν πληροῦται.

Ἐπομένως, κατὰ τὴν περίοδον τῆς νηστείας, ἡ χοληδόχος κύστις πληροῦται χολῆς χάρις εἰς τοὺς ἄνω ἐκτεθέντας παράγοντας. Δέον

ὅμως νά σημειωθῆ, ὅτι ἡ ἀπόφραξις ἐκ τοῦ σπασμοῦ τοῦ Oddi δὲν εἶναι τελεία καὶ ὅτι καὶ κατὰ τὴν φάσιν ταύτην τῆς νηστείας μία μικρά ποσότης χολῆς διαρρέει ἐκ τοῦ χοληδόχου πόρου κατ' εὐθείαν ἐντὸς τοῦ δωδεκαδακτύλου.

β) Ἐκκένωσις τῆς χοληδόχου: Παλαιότερον ἐνομιζέτο, ὅτι ἡ ἐκκένωσις τοῦ περιεχομένου τῆς χοληδόχου κύστεως δὲν ἦτο αὐτόματος, ἀλλ' ὅτι συνετελεῖτο δι' ἀπορροφήσεως. Σήμερον ὅμως ἡ ἐκκένωσις ἐντὸς τοῦ κυστικοῦ πόρου καὶ τοῦ χοληδόχου ἔχει πλήρως ἀποδειχθῆ.

Πλεῖστοι ὅσοι παράγοντες συντελοῦν εἰς τὴν ἐκκένωσιν τῆς χολῆς. Ὑπὸ φυσιολογικοῦς ὄρους αὕτη ἀκολουθεῖ τὴν λήψιν ὠρισμένων τροφῶν, πλουσίων ἰδίως εἰς λίπη. Ἐκ τῶν πρωτεϊνῶν, περισσότερον ὄλων ἐπηρεάζει τὴν ἐκκένωσιν τὸ κρέας, ἐνῶ τὸ λευκώμα ὡσὶ καὶ ἡ καζεΐνη δὲν ἔχουν καμμίαν ἀπολύτως ἐπίδρασιν. Οἱ ὑδοτάνθρακες οὐδόλως ἐπηρεάζουν τὴν ἐκκένωσιν τῆς χοληδόχου. Ἐκ τῶν λιπῶν δροῦν τὰ μέγιστα, κυρίως, ὁ κρόκος ὡσὶ, τὸ βούτυρον, ἡ κρέμα, ἡ λεκιθίνη, τὸ ἐλαιόλαδον, ἐνῶ οὐδόλως τὸ ἔλαιον παραφίνης. Τὴν ἰδιότητα ταύτην τῆς ἐκκένωσης τῆς χοληδόχου τῆ ἐπίδρασει ὠρισμένων οὐσιῶν ἐκμεταλλευόμεθα διὰ διαγνωστικοῦ σκοποῦς. Ὅπως θὰ ἴδωμεν, ἵνα μελετήσωμεν, μετὰ μίαν χολοκυστογραφίαν, κατὰ πόσον κενοῦται ἡ ὄχι ἡ χοληδόχος, χορηγοῦμεν τὸ γνωστὸν ὡς γεῦμα Boyden περιλαμβάνον κρόκους ὡν καὶ κρέμαν ἢ γάλα.

Τὸν ὑπεύθυνον μηχανισμόν τῆς φυσιολογικῆς ἐκκένωσης τῆς χοληδόχου κύστεως ρυθμίζουν ὠρισμένοι παράγοντες:

1) Ἡ ἐπίδρασις τῶν τροφῶν: Τὰ λίπη καὶ τὰ λευκώματα προκαλοῦν ἀφ' ἑνὸς μὲν τὴν σύσπασιν τῆς χοληδόχου, μὲ σύγχρονον ἀφ' ἑτέρου διάνοξιν τοῦ σφιγκτήρος τοῦ Oddi, ἤτοι δροῦν δι' ἑνὸς μηχανισμοῦ ὄλως ἀντιθέτου ἐκείνου, ὅστις παρατηρεῖται κατὰ τὴν φάσιν τῆς νηστείας.

Δέον νά σημειωθῆ, ὅτι ἡ σύσπασις τῆς χοληδόχου κύστεως ἠμφεσβητήθη πολλάκις. Πειραματικαὶ ὅμως ἔρευναι ἀπέδειξαν, ὅτι αὕτη ὑπάρχει καὶ ὅτι, ὅταν προκαλεῖται ἀπὸ τροφάς, ἐξαρτᾶται κυρίως ἀπὸ τὴν ἔντονον συστολὴν τῶν μυϊκῶν ἰνῶν τῆς χοληδόχου. Οὕτω παρατηρεῖται μία βραδεῖα συστολὴ ἀρχομένη ἐκ τοῦ πυθμένου τῆς κύστεως, ἐν συνδυασμῷ μὲ ἄλλας συχνότερας κυματοειδεῖς συστολάς, αἵτινες προκαλοῦνται κυρίως ἀπὸ διαφόρους φυσικο—χημικοῦς παράγοντας, ὀρώντας ἐκλεκτικῶς ἐπὶ τοῦ πεπτικοῦ συστήματος. Ἡ σύσπασις αὕτη τοῦ μυϊκοῦ χιτῶνος τῆς χοληδόχου ἔχει ἀποδειχθῆ

ΧΟΛΗΔΟΧΟΣ ΚΑΙ ΧΟΛΗΦΟΡΟΙ ΟΔΟΙ



Εικών 1. Φυσιολογική πλήρωση της χοληδόχου κύστεως.



Εικών 2. Κατόπιν γεύματος Boyden. Ἡ χοληδόχος συσπᾶται ἵνα κενωθῆ. Κατὰ τὴν φάσιν αὐτὴν διακρίνεται ὁ ἑλικοειδῆς κυστικός πόρος ὡς καὶ ὁ χοληδόχος πόρος, ὅστις διαγράφει μίαν καμπύλην κατὰ μῆκος τῆς σπονδυλικῆς στήλης.



Εικών 3. Ἀπλὴ ἀκτινογραφία. Πολλαπλοὶ μικροὶ λίθοι τῆς χοληδόχου,



Εικών 4. Χολοκυστογραφία. Καθίζησις τῆς χολῆς παρὰ τὸν πυθμένα τῆς χοληδόχου.



Εικών 5. Χολοκυστογραφία. Διακρίνονται δύο μεγάλοι λίθοι.



Εικών 6. Πολλαπλοῖ λίθοι χοληστερίνης ἐντὸς τῆς χοληδόχου ὑπὸ μορφὴν κενωτοπίων. Διακρίνονται ὡσαύτως λίθοι κατὰ μῆκος τοῦ χοληδόχου πόρου. (Περίπτωσης κ. Ἄπ. Γιαννακοπούλου).



Εικών 7. Χοληδόχος κύστις πλήρης λίθων. Διακρίνεται εἰς λίθος παρά τὸν κυστικὸν πόρον καὶ πολλαπλοῖ, ὁ εἰς ἐπὶ τοῦ ἄλλου ἐντὸς τοῦ χοληδόχου πόρου. (Περίπτωσης κ.

α) κατά τὰς χειρουργικὰς ἐπεμβάσεις, β) διὰ τῆς ἀκτινογραφίας, εἴτε διὰ τῆς ἀπ' εὐθείας ἐγχύσεως σκιεραῶς οὐσίας ἐντὸς τῆς χοληδόχου, εἴτε διὰ τῆς per os χολοκυστογραφίας, ὅποτε κατὰ τὴν φάσιν τῆς ἐκκενώσεως παρατηρεῖται ἡ ἀπώθησις τῆς σκιεραῶς οὐσίας ἐντὸς τοῦ κυστικοῦ καὶ χοληδόχου πόρου.

Διὰ τῆς ἀκτινομανομετρίας, ἐξ ἄλλου, ὁ Caroli ὄχι μόνον ἐπεβεβαίωσε τὴν σύσπασιν τῆς χοληδόχου, ἀλλὰ κατῶρθωσε καὶ νὰ προσδιορίσῃ τὴν ἔντασίν της. Οὕτω, κατόπιν λήψεως λιπαροῦ γέυματος, ἡ χοληδόχος συσπᾶται ἐπὶ τοῦ σωλῆνος, ἀπαιτεῖται δὲ μία πίεσις 15—30 ἐκ. στήλης ὕδατος, ἵνα ἐπιτευχθῇ ἡ ἐκ νέου εἰσαγωγή σκιεραῶς οὐσίας ἐντὸς τῆς οὕτω συσπασθείσης χοληδόχου.

Γενικῶς δυνάμεθα νὰ εἰπώμεν, ὅτι ἡ σύσπασις τῆς χοληδόχου δὲν ὁμοιάζει μὲ τὴν τοῦ στομάχου ἢ τοῦ ἐντέρου, ὅπου παρατηρεῖται ἕν περισταλτικὸν κύμα, ἀλλὰ συντελεῖται κατὰ τρόπον συγκεντρωτικόν, δι' ἐπανειλημμένων συστολῶν. Ἀκτινομανομετρικῶς διεπιστώθη, ὅτι ἡ συστολὴ εἶναι ἔντονος περὶ τὸ τέρμα καὶ παρά τὸν αὐχένα. Ἡ κατόπιν λιπαροῦ γέυματος ἐξ ἄλλου σύσπασις εἶναι διαρκείας, καθ' ὅλην δὲ τὴν φάσιν τῆς πέψεως ἡ ἥπατική χολὴ ρεεῖ κατ' εὐθείαν διὰ τοῦ χοληδόχου πόρου πρὸς τὸ δωδεκαδάκτυλον.

Ἡ ἑτέρα καὶ ἀπαραίτητος φάσις διὰ τὴν ἐκκένωσιν τῆς χοληδόχου εἶναι ἡ *διάνοξις τοῦ σφιγκτήρος* τοῦ Oddi. Ὑπὸ τὴν ἐπίδρασιν τῶν τροφῶν παρατηρεῖται ἡ χάλασις τοῦ ἐνδοτειχικοῦ τούτου σφιγκτήρος, ἣτις ἐπιτρέπει τὴν ἐκκένωσιν τῆς χοληδόχου κατὰ τὴν σύσπασίν της, ὡς καὶ τὴν κατ' εὐθείαν ροὴν τῆς ἥπατικῆς χολῆς ἐντὸς τοῦ 12δακτύλου. Εἷς ἔντονος σπασμὸς τοῦ σφιγκτήρος ἐμποδίζει τὴν ὡς ἄνω ροὴν. Ἡ ἀντίστασις παρά τὸ σημεῖον αὐτὸ ἐμποδίζει τὴν ὡς ἄνω ροὴν. Ἡ ἀντίστασις παρά τὸ σημεῖον αὐτὸ ἐμποδίζει τὴν ὡς ἄνω ροὴν. Ἡ ἀντίστασις παρά τὸ σημεῖον αὐτὸ ἐμποδίζει τὴν ὡς ἄνω ροὴν. Μία συσπασμένη χοληκυμαίνεται ἀπὸ 5 ἕως 80 ἐκ. στήλης ὕδατος. Μία συσπασμένη χοληδόχος κύστις πρὸ ὑπερτονικοῦ σφιγκτήρος δὲν δύναται νὰ ἐκκενωθῇ. Ἀποτέλεσμα μιᾶς τοιαύτης καταστάσεως θὰ εἶναι ἡ διάτασις τοῦ ἥπατικοῦ καὶ τοῦ κοινοῦ χοληδόχου πόρου, ἐκδηλουμένη κλινικῶς δι' ἑνὸς κωλικοῦ, ἴσως καὶ ἰκτέρου, ἐνῶ ἡ βραδεῖα διάτασις τῶν πόρων αὐτῶν, δημιουργουμένη λ.χ. ἀπὸ μίαν ἐκ καρκίνου προσδευτικῆν πίεσιν, δὲν θέλει προκαλέσει κωλικόν. Προκαλεῖται τοιοῦτοτρόπως μία *δυσκίνησις* λόγῳ τῆς μὴ συγχρόνου χαλάσεως τοῦ σφιγκτήρος τοῦ Oddi ὅταν συσπᾶται ἡ χοληδόχος κύστις, ἐξ οὗ καὶ ὁ κωλικός.

Περίληπτικῶς: ἡ ὑπὸ τὴν ἐπίδρασιν τῶν τροφῶν συντελουμένη ἐκκένωσις τῆς χολῆς ἐξαρτᾶται ἀπὸ τὴν σύσπασιν τῆς χοληδόχου ἐν

συνδυασμῷ μὲ τὴν σύγχρονον χάλασιν τοῦ σφιγκτήρος τοῦ Oddi, ὁπότε καὶ ἡ ἡπατική χολὴ ῥέει κατ' εὐθείαν ἐντὸς τοῦ 12δακτύλου.

2) Ἡ ἐπίδρασις τῶν ὁρμονῶν ἐπὶ τῆς ἐκκενώσεως τῆς χοληδόχου. Ἡ σύσπασις τῆς χοληδόχου ὀφείλεται μερικῶς εἰς ὁρμονικὴν ἐπίδρασιν καὶ ἐν μέρει εἰς νευρικὴν τοιαύτην. Τὸ 1927 ὁ Ivy ἀνεκάλυψε μίαν ὁρμόνην, ἣτις σχηματίζεται ἐντὸς τοῦ 12δακτύλου καὶ τὴν ὁποίαν ὠνόμασε «cholecystokinin». Ἡ ὁρμόνη αὕτη ἀπεμονώθη ἐντὸς τοῦ δωδεκαδακτυλικοῦ βλεννογόνου, ὅπου καὶ παράγεται κατόπιν ἐπαφῆς τούτου μὲ διάλυμα ὕδροχλωρικοῦ ὀξέος, ἴσως δὲ καὶ διαφόρων λιπῶν. Αὕτη χημικῶς ἔχει ὁμοιότητα μὲ τὴν ἐκκριματίνην, διαφέρει ὅμως ταύτης ὡς καὶ τῆς ἱσταμίνης. Φυσιολογικῶς παράγεται ἐν τῷ ὄργανισμῷ ἅμα τῇ εἰσόδῳ λιπῶν ἐντὸς τοῦ 12δακτύλου. Δὲν ἐπηρεάζεται ἀπὸ φάρμακα, ὡς ἡ ἀτροπίνη, ἀνευρίσκεται δὲ ἐν τῷ αἵματι μετὰ τὴν λήψιν λιπαροῦ γεύματος, ἐνῶ ἀπουσιάζει κατὰ τὴν φάσιν τῆς νηστείας. Ἀπεμονώθη ὑπὸ κρυσταλλικὴν μορφήν ἀπὸ τὸν Northrop. Ἡ παρουσία της ἔχει ἀποδειχθῆ διὰ τῶν ἐξῆς πειραμάτων:

— Ἐνιεμένη ἐνδοφλεβίως προκαλεῖ ἔντονον σύσπασιν καὶ ἄμεσον ἐκκένωσιν τῆς χοληδόχου.

— Πειράματα σταυρωτῆς κυκλοφορίας μεταξὺ δύο κυνῶν—καρωτίδα μὲ καρωτίδα— δεικνύουν, ὅτι ἡ εἰσαγωγή ἀραιᾶς διαλύσεως ὕδροchl. ὀξέος εἰς τὸ 12δακτύλον τοῦ ἐνὸς κυνός, δημιουργεῖ τὸ αἶτιον τῆς συσπάσεως τῆς χοληδόχου τοῦ ἐτέρου.

— Εἰς τὸν ἄνθρωπον, κατὰ τὴν μετάγγισιν, ἐὰν ὁ δότης ἔχη λάβει λιπαρὸν γεῦμα, θά προκαλέσῃ σύσπασιν τῆς χοληδόχου τοῦ λήπτου.

— Τὰ πεφθέντα λίπη, ἐνιέμενα ἐνδοφλεβίως, δὲν προκαλοῦν σύσπασιν τῆς χοληδόχου κύστεως.

3) Ὁ ψυχικὸς παράγων. Ἐκτὸς τῆς προμνημονευθείσης ὁρμόνης καὶ ἄλλοι παράγοντες δυνατὸν νὰ προκαλέσουν ἐκκένωσιν τῆς χοληδόχου. Μεταξὺ τούτων σημειώνομεν τὸν ψυχικὸν παράγοντα. Οὕτω ἡ ὄσμη, ἡ θέα, ἡ γεῦσις ἐνὸς ὀρεκτικοῦ γεύματος δύνανται νὰ προκαλέσουν ἐκκένωσιν τῆς χολῆς. Ἀντιθέτως, ἐν αἴσθημα φόβου, ὀργῆς κλπ. προκαλοῦν στάσιν τῆς χολῆς, μέχρι καὶ κωλικοῦ τοῦ ἡπατος καὶ ἰκτέρου.

Ἐχει ἐπίσης ἀποδειχθῆ, ὅτι δύναται νὰ προκληθῆ μία ἔντονος σύσπασις εἰς ἀρχικῶς εὐαίσθητοποίηθεισαν ὑπὸ μιᾶς πρωτεΐνης χοληδόχον κύστιν, ὅταν ἐν συνεχείᾳ ἔλθῃ εἰς ἐπαφὴν μὲ

μικράν ποσότητα αλλεργιογόνου. Ούτως έξηγοῦνται καὶ ὠρισμένα ἐπώδουνοι κρίσεις, ὑπὸ τύπον κωλικῶν, εἰς ἀλλεργικά ἄτομα.

Εἰς ζῶα, κατὰ τὴν ἐγκυμοσύνην, τὸ λιπαρὸν γεῦμα δὲν προκαλεῖ συνήθως ἐκκένωσιν τῆς χοληδόχου. Εἰς δὲ τὴν γυναῖκα, μετὰ τὸν τρίτον μῆνα τῆς κήσεως, παρατηρεῖται βραδεία ἐκκένωσις τῆς χοληδόχου, ἥτις ἐπὶ πλέον ἀυξάνει καὶ εἰς ὄγκον. Εἰς ποσοστὸν 2% ἐξ ἄλλου ἐγκύων γυναικῶν, ἡ καλλιέργεια τῆς χολῆς ἀπεκάλυψε τὴν παρουσίαν βακτηριδίων. Αἱ δύο αὗται παρατηρήσεις ἐξηγοῦν, ἴσως, ἐν μέρει τὴν προδιάθεσιν πρὸς σχηματισμὸν χολολιθῶν, ἢ τοῦλάχιστον ἐξηγοῦν τὴν ἐκδήλωσιν τῶν πρώτων συμπτωμάτων κατὰ τὴν κύσιν.

Ἐξητάσθη, ἐπίσης, ἡ ἐπίδρασις ὠρισμένων ὀργάνων ἐπὶ τῆς ἐκκένωσης τῆς χοληδόχου :

— Ἡ πίεσις τῶν κοιλιακῶν ὀργάνων, ἐὰν δὲν συντελῇ εἰς τὴν ἐκκένωσιν, μεταβάλλει ὅμως τὸν τόνον τῆς χοληδόχου. Ἡ χάλασις τῶν κοιλιακῶν μυῶν προκαλεῖ καὶ ἀνάλογον κατάστασιν τῶν τοιχωμάτων τῆς χοληδόχου.

— Ἡ σύσπασις τοῦ 12 δακτύλου ἐθεωρήθη ὡς δυναμένη νὰ προκαλέσῃ τὴν ἐκκένωσιν τῆς χολῆς διὰ τοῦ φαινομένου τῆς ἀναρροφήσεως, ὅταν τὸ περισταλτικὸν κύμα διέρχεται διὰ τῆς θηλῆς. Ἡ ὑπόθεσις αὕτη ἀπεδείχθη ἐσφαλμένη ὅπως καὶ ἡ ἕτερα ὑπόθεσις, ὅτι ἐκ τοῦ μυϊκοῦ χιτῶνος τοῦ 12 δακτύλου ἐξηρτᾶτο καὶ ὁ τόνος τοῦ σφιγκτήρος τοῦ Oddi, δεδομένου ὅτι ἀπεδείχθη ἡ πλήρης λειτουργικὴ αὐτονομία τοῦ σφιγκτήρος τούτου. Αὐτὸς οὗτος ὁ περισταλτισμὸς τοῦ Oddi ρυθμίζει τὴν κατὰ διαλείμματα ροὴν τῆς χολῆς.

Ὅσον ἀφορᾷ τὸν μηχανισμόν δράσεως τῆς δοκιμασίας κατὰ Melizer—Lyon, φαίνεται ὅτι ἡ θειϊκὴ μαγνησία, μετὰ πάροδον ὠρισμένου χρονικοῦ διαστήματος, προκαλεῖ μίαν ἀπότομον ἔκκρισιν ἡπατικῆς χολῆς, ἥτις δὲν ἐξαρτᾶται ἀπὸ τὴν παρουσίαν ἢ μὴ τῆς χοληδόχου, ἐφ' ὅσον τὸ αὐτὸ φαινόμενον παρατηρεῖται καὶ εἰς τοὺς ἔχοντας ὑποστῆ τὴν χολοκυστεκτομήν.

Ἡ αὐξήσις τῆς ῥοῆς τῆς χολῆς ἐντὸς τῆς κυρίας ὁδοῦ συμπαράσφρει τὴν χολὴν τῆς κύστεως διὰ τοῦ μηχανισμοῦ τῆς ὕδραντλίας. Τοῦτο δὲ χάρις εἰς τὴν χάλασιν τοῦ σφιγκτήρος τῆς κύστεως ἐν συνδυασμῷ μετὰ μιᾶς συσπάσεως τῆς χοληδόχου. Ὅπωςδήποτε ἡ δοκιμασία τῆς θειϊκῆς μαγνησίας δρᾷ κυρίως ἐπὶ τοῦ ἡπατικοῦ κυττάρου, μὲ ἀποτέλεσμα τὴν πλουσίαν ἔκκρισιν χολῆς, προκαλουμένην ὑπὸ μιᾶς ἐντερικῆς ὁρμόνης, ἥτις δρᾷ ἐπὶ τοῦ ἡπατικοῦ κυττάρου, ὅπως ἡ ἔκκριματίνη ἐπὶ τοῦ παγκρεατικοῦ κυττάρου.

4) 'Η επίδρασις τοῦ νευρικοῦ συστήματος : Ὁ ρόλος τοῦ συστήματος τούτου ἔχει ἐπισκιασθῆ καὶ μειωθῆ ἀπὸ τὸν τοῦ ὁρμονικοῦ παράγοντος. Παλαιότερον ἴσχυε καὶ ἐδῶ ἡ θεωρία τοῦ Meltzer ἥτοι «ὁ νόμος τῆς ἀντιθέτου νευρώσεως», ὅπως ἰσχύει δι' ὀλόκληρον τὸν ὀργανισμόν. Ὡς γνωστόν, κατὰ τὸν νόμον αὐτόν, ἡ σύσπασις π.χ. ἐνὸς μυός προκαλεῖ τὴν χάλασιν τοῦ ἀνταγωνιστοῦ του. Ὁ Meltzer διετύπωσε τὴν ὑπόθεσιν, ὅτι ἡ θειϊκὴ μαγνησία, ἥτις προκαλεῖ χαλάρωσιν τοῦ σφιγκτήρος τοῦ Oddi, δέον νὰ προκαλῆ τὴν σύσπασιν τῆς χοληδόχου. Ὁ Lyon ἔθεσεν εἰς πρακτικὴν ἐφαρμογὴν τὴν ἄνω θεωρίαν καὶ διὰ τοῦ καθητηριασμοῦ τοῦ 12δακτύλου προέβη εἰς τὸν διαχωρισμὸν τῆς χολῆς διαφόρου προελεύσεως. Ἐναντίον ὅμως τῆς θεωρίας τοῦ Meltzer ὑπάρχουν ὠρισμένα γεγονότα, τὰ ὁποῖα εἶναι ἀναμφισβήτητα. Οὕτω μερικαὶ οὐσίαι, μὴ προκαλοῦσαι χαλάρωσιν τοῦ σφιγκτήρος τοῦ Oddi, ἔχουν μολαταῦτα, εἰσαγόμεναι ἐντὸς τοῦ δωδεκαδακτύλου, τὸ αὐτὸ ἀποτέλεσμα, ὅπερ καὶ ἡ θειϊκὴ μαγνησία. Ἐπίσης ὠρισμένα φάρμακα προκαλοῦν σύσπασιν τῆς χοληδόχου καὶ ὅταν εἰσαχθοῦν μακρὰν τοῦ Oddi, ἐντὸς τῆς νήστεως. Φάρμακα ἐξ ἄλλου προκαλοῦντα τὴν διάνοξιν τοῦ Oddi (ἀτροπινὴ κλπ) δὲν προκαλοῦν σύσπασιν τῆς χοληδόχου. Ἴσως ἡ σύσπασις τῆς χοληδόχου νὰ προκαλῆ τὴν χαλάρωσιν τοῦ Oddi. Τὸ ἀντίθετον πάντως δυσκόλως ἀποδεικνύεται.

Ἡ νεύρωσις τῆς χοληδόχου κύστεως ἐξασφαλίζεται ἀπὸ κλάδους τοῦ συμπαθητικοῦ, τοῦ σπλαγχνικοῦ καὶ τοῦ πνευμονογαστρικοῦ. Ὅσον ἀφορᾷ ὅμως τὴν ὑπεροχὴν τοῦ ἐνὸς ἢ τοῦ ἄλλου, τὰ διάφορα πειράματα καταλήγουν εἰς ἀλληλοσυγκρουόμενα συμπεράσματα. Πιθανώτατα τοῦτο ὀφείλεται εἰς τοὺς διαφόρους ὄρους, ὑφ' οὓς ἐκτελοῦνται καὶ εἰς τὸ γεγονός, ὅτι δὲν χρησιμοποιοῦνται τὰ αὐτὰ πειραματόζωα. Οἱ περισσότεροι τῶν ἐρευνητῶν παραδέχονται ὅτι τὸ X εἶναι κινητικόν, ὁ ἐρεθισμὸς του ὅμως αὐξάνει τὸν τόνον τοῦ Oddi, οὕτως ὥστε ἡ χολὴ νὰ μὴ κενοῦται παρὰ κατόπιν ἐρεθισμοῦ μὲ ρεῦμα χαμηλῆς τάσεως, διότι τότε μόνον ἡ σύσπασις τῆς χοληδόχου δύναται νὰ ὑπερνικήσῃ τὴν ἐλαφρῶς αὐξηθεῖσαν ἀντίστασιν τοῦ Oddi. Ἀντιθέτως, μία ἰσχυρὰ διέγερσις προκαλεῖ ἔντονον σπασμὸν τοῦ Oddi, λόγῳ τοῦ ὁποῖου ἐμποδίζεται ἡ ἐκκένωσις τῆς χοληδόχου.

Τὸ σπλαγχνικὸν ἔχει ἀνασταλτικὴν ἐπίδρασιν ἐλαττώνον συγχρόνως τὸν τόνον τῆς χοληδόχου καὶ τὸν τοῦ σφιγκτήρος τοῦ Oddi.

Μολαταῦτα τὸ νευρικὸν σύστημα δὲν θεωρεῖται ἀπαραίτητον διὰ τὴν φυσιολογικὴν ροὴν τῆς χολῆς. Πράγματι, παρὰ τὴν τελείαν

σημαντική αύξησης τῆς ταχύτητος ροῆς. Προκαλεῖ ἐπομένως μίαν πολυχολίαν ἐν συνδυασμῷ μετὰ χαλάσεως τοῦ Oddi, ἣτις ἐπιτρέπει τὴν ταχεῖαν διοχέτευσιν διὰ τῆς κυρίας χοληφόρου ὁδοῦ, ἀλλὰ προκαλεῖ συγχρόνως καὶ πλήρωσιν τῆς χοληδόχου κύστεως. Ἐπομένως, ἀπὸ θεραπευτικῆς ἀπόψεως, τοῦτο ἐνδείκνυται μᾶλλον μετὰ τὴν χολοκυστεκτομήν.

Ἐναντιθέτως πρὸς τὰ προηγούμενα, ἄλλα φάρμακα προκαλοῦν σπασμὸν. Οὕτως ἡ μορφίνη καὶ ὠρισμένα παράγωγά της δρῶν σαφῶς ἐπὶ τοῦ Oddi. Εἰς διάστημα 10 λεπτῶν προκαλοῦν ἐντονὸν σπασμὸν τοῦ τελικοῦ τμήματος τοῦ χοληδόχου πόρου καὶ τοῦ κατιόντος 12δακτύλου. Ὁ σπασμὸς αὐτὸς εἶναι διαρκείας, δὲν ὑποχωρεῖ κατόπιν ἐνέσεως ἀτροπίνης, ὑποχωρεῖ προσωρινῶς κατόπιν χορηγήσεως νιτρῶδους ἀμυλίου, διευκολύνει δὲ τὴν ἀναγωγὴν τοῦ Wirkung.

Γενικῶς ἡ μορφίνη ἔχει ἐπὶ τοῦ ἀνθρώπου τὰ ἑξῆς ἀποτελέσματα :

— Παραλυτικὴν ἐπίδρασιν ἐπὶ τοῦ μυϊκοῦ συστήματος τῆς χοληδόχου.

— Αὐξῆσιν τοῦ τόνου τοῦ σφιγκτήρος τοῦ Lütken's.

— Αὐξῆσιν τοῦ τόνου τοῦ σφιγκτήρος τοῦ Oddi.

Συνεπῶς ἀπὸ θεραπευτικῆς ἀπόψεως ἐμφανίζει μίαν περιέργον ἐπίδρασιν, ἐφ' ὅσον ἀντιτίθεται εἰς τὴν ροὴν τῆς χολῆς καὶ αὐξάνει τὴν ἐνδοτοιχωματικὴν πίεσιν. Οὕτως ἐξηγεῖται καὶ τὸ γεγονός, ὅτι ἡ χορήγησις τῆς ἐπίδεινώνει ὠρισμένους κωλικούς τοῦ ἥπατος, ὅπως ἐπίσης καὶ ὠρισμένας ἐπιπλοῦν κρίσεις εἰς ἄτομα μὲ χολοκυστεκτομήν. Ἡ παρατηρουμένη ἀναλγητικὴ ἰδιότης τῆς δέον ν' ἀποδοθῆ κυρίως εἰς κεντρικὴν καὶ γενικὴν ἐπίδρασιν ἐπὶ τοῦ πόνου.

Ἡ μελέτη τῆς ἐπιδράσεως ἐτέρας ομάδος φαρμάκων ἐπὶ τῆς μυϊκῆς συστολῆς δὲν κατέληξεν εἰς σαφῆ ἀποτελέσματα. Οὕτως ἡ ἀδρεναλίνη ἔχει ποικίλην δρᾶσιν. Συγκεκριμένως παρατηρήθη μία σαφὴς χαλάρωσις τοῦ τόνου, ἀνασταλτικὴ δὲ μᾶλλον ἐπίδρασις ἐπὶ τοῦ Oddi. Ἀνάλογος εἶναι καὶ ἡ ἐπίδρασις διαφόρων συμπαθητικομιμητικῶν, ὅπως τῆς ἐφεδρίνης, βενζεδρίνης κλπ.

Ἡ χολίνη καὶ ἡ ἀκετυλοχολίνη μᾶλλον αὐξάνουν τὸν τόνον τῆς χοληδόχου. Σημειωτέον ὅτι ὑπὸ τοῦ Iwanaga ἀπεμονώθη ἐκ τοῦ βλεννογόνου τῆς κύστεως μία οὐσία ἀνάλογος πρὸς τὴν χολίνην — τὴν ὁποίαν ἀπεκάλεσεν ὁρμόνην τῆς χοληδόχου — ἣτις καὶ αὐτὴ αὐξάνει τὸν τόνον τοῦ ὄργάνου τούτου Ἡ ἀκετυλοχολίνη καὶ ἡ β μεθυλοχολίνη προκαλοῦν τὴν ἐκκένωσιν τῆς χοληδόχου, ἀνάλογος

δὲ δρᾶσις παρετηρήθη καὶ μετὰ τὴν ἐξερίνην καὶ προστι-
γμίνην.

Ἡ ἱσταμίνη προκαλεῖ σημαντικὴν διάτασιν τοῦ σημείου συμβο-
λῆς 12δακτύλου—χοληδόχου πόρου, μετὰ σύγχρονον αὐξήσιν τῆς ροῆς
τῆς χολῆς, ὀφειλομένην ἐν τῇ πραγματικότητι εἰς τὴν ἐντὸς τοῦ 12δα-
κτύλου εἴσοδον μεγάλης ποσότητος ὑδροχλωρικοῦ ὀξέος. Ἡ κατά-
στασις αὕτη ἀναστέλλεται ἅμα τῇ εἰσαγωγῇ ἐντὸς τοῦ 12δακτύλου
διττανθρακικοῦ νατρίου.

Ἡ πιλοκαρπίνη αὐξάνει τὸν μυϊκὸν τόνον καὶ τὴν τάσιν τῆς
χοληδόχου. Μολαταῦτα καὶ ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον, ἡ ἐκκένωσις δὲν
λαμβάνει χώραν λόγῳ τῆς συγχρόνου σημαντικῆς αὐξήσεως τῆς
ἐνδοτοιχωματικῆς ἀντιστάσεως ὡς καὶ τοῦ σπασμοῦ τῆς κατιούσης
μοίρας τοῦ 12δακτύλου.

Ἡ ἐργοταμίνη αὐξάνει τὸν τόνον.

Ἐκ τῶν ὀρμονῶν, ἡ τοῦ ὀπισθίου λοβοῦ τῆς ὑποφύσεως προ-
καλεῖ ἔντονον σύσπασιν, ἐν συνεχείᾳ δὲ μίαν χαλάρωσιν τῆς ἐνδοτοι-
χωματικῆς ἀντιστάσεως καὶ τοῦ τόνου τοῦ 12δακτύλου.

Κατόπιν τῶν ἀκτινομετρικῶν μελετῶν τοῦ Caroli διεπιστώ-
θη, ὅτι μετὰ τὴν μορφίνη προκαλεῖται σύσπασις τοῦ σφιγκτήρος τῆς
χοληδόχου, χαλάρωσις δὲ μετὰ τὸ νιτρῶδες ἀμόλιον καὶ τὴν θειϊκὴν
μαγνησίαν.

Γ' ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΑΙ

Ἡ βελτίωσις τῶν διαφόρων μέσων ἐξετάσεως τῆς χοληδόχου
κύστεως καὶ τῶν χοληφόρων ὁδῶν καὶ κυρίως ἡ ἀπλοποίησις τῆς
χολοκυστογραφίας ἀποκαλύπτουν σήμερον εἰς ποσοστὸν 10% ἀνωμα-
λίας τῶν ὀργάνων τούτων, αἵτινες ἄλλοτε ἔθεωροῦντο ὡς σπάνιαι.
Ἡ ἀνακάλυψις τῶν εἶναι ἐνίοτε τυχαία, ὁπότε καὶ δὲν ἔχουν ἰδιά-
ζουσαν παθολογικὴν σημασίαν. "Ἄλλαι τούναντίον προκαλοῦν τοι-
αῦτα ἐνοχλήματα, ὥστε νὰ χρῆζον χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως, ἐνῶ
μία τρίτη ὁμάς ἀνωμαλιῶν εἶναι ἀσυμβίβαστος πρὸς τὴν ἐπιβίωσιν
τοῦ ἀτόμου. Ἡ αἰτιολογία τῶν δὲν ἔχει διεκρινῆθαι πλήρως, αἱ
περισσότεραι ὁμῶς τούτων εἶναι συγγενεῖς, ὀφειλόμεναι εἰς τὴν ἀνα-
στολὴν τῆς φυσιολογικῆς ἀναπτύξεως τῶν ὀργάνων κατὰ ἐν οἰονδή-
ποτε στάδιον τῆς ἐμβρυϊκῆς ζωῆς.

α) Συγγενεῖς ἀνωμαλίαι τῆς χοληδόχου
κύστεως. 1) Φρύγιος σκούφος (Bonnet phrygien, Phrygian Cap,

Phrygische Mutze, Spitzendivertikel). Συχνότερα έξ όλων τών άνωμαλιών τής χοληδόχου, άπαντᾶ συνηθέστερον εις τήν γυναίκα καί εις οίανδήποτε ηλικίαν. Έκ τών θεωρουμένων ως φυσιολογικών κύστεων ό Boyden άνευρε τήν άνωμαλίαν ταύτην εις ποσοστόν 18%. Έχει περιγραφῆ τό πρώτον ως συγγενής άνωμαλία υπό τοῦ Bartel τό 1916, άν καί ό Gross τήν θεωρεῖ ως επίκτητον. Παρατηρεῖται ως παραμόρφωσις εις όλα τά στάδια, από τής άπλης αύλακώσεως μέχρι τής υπό μιᾶς πτυχῆς προκληθείσης βαθείας κάμψεως. Διακρίνονται δύο κυρίως μορφαί : α) ή όπισθοπεριτοναϊκή, μέ φυσιολογικήν έπιφάνειαν τής χοληδόχου, καί β) ή όρογόνοιος, όπου ή άνωμαλία διακρίνεται διά γυμνοῦ όφθαλμοῦ. Ώρισμένα παθολογικά καί κλινικά έκδηλώσεις, ή «μηχανική χολοκυστίτις», άποδίδονται εις τήν άνωμαλίαν ταύτην. Ό Boyden όμως άποδεικνύει, ότι μία τοιαύτη άνωμαλος χοληδόχος λειτουργεῖ φυσιολογικῶς. Πλήν όμως ήμεῖς προσωπικῶς παρετηρήσαμεν μερικάς τοιαύτας περιπτώσεις μέ σαφεῖς κλινικάς έκδηλώσεις καί έπιβραδυνομένην κένωσιν τής χοληδόχου κατόπιν λήψεως λιπαροῦ γεύματος, ήτις κενουμένη κατά τό ήμισυ διατηρεῖ πάντοτε τό άνωμαλον αυτό σχήμα. Κατά τόν Boyden έπίσης, αὐτή όφείλεται εις μίαν έλαττωματικήν ανάπτυξιν τής έμβρυϊκῆς χοληδόχου έν σχέσει μέ τήν κοίτην της εις τό ήπαρ. "Όταν ή χοληδόχος αύξάνη εις μέγεθος περισσότερον τής κοίτης, ό πυθμήν της, έλλείψει χώρου, δέν δύναται ν' άναπτυχθῆ καί κάμπτεται.

2) Διπλῆ χοληδόχος. Μᾶλλον σπανία εις τόν άνθρωπον, άρκετᾶ συχνή, 12%, εις ώρισμένα ζῶα καί ίδίως τήν γαλῆν. Έπί 19.000 νεκροψιῶν άνευρέθησαν πέντε περιπτώσεις (1 : 4000). Αἱ γνήσια διπλαῖ χοληδόχοι άποτελοῦνται από δύο χωριστάς κοιλότητας μέ ίδιον έκάστη κυστικόν πόρον. Κάθε δέ κυστικός πόρος δυνατόν νά έχη ίδίαν κυστικήν άρτηρίαν. Δύο κυρίως ποικιλιαί διπλῆς χοληδόχου παρατηροῦνται : α) ή μία, ή ductal, ή καί πλέον συνήθης, όπου έκαστος κυστικός πόρος κενοῦται ανεξαρτήτως τοῦ άλλου, εις τήν αὐτήν ή εις διάφορον μοῖραν τοῦ έξωηπατικοῦ συστήματος, β) ή έν είδει άνεστραμμένου Y, όπου οἱ δύο κυστικοί πόροι ήνωμένοι σχηματίζουν ένα κοινόν κυστικόν πόρον, όστις καταλήγει εις τόν χοληδόχον πόρον. Αἱ διπλαῖ αὗται χοληδόχοι έμφανίζονται άλλοτε μέν ως δύο άνεξάρτητα όργανα, άλλοτε δέ ως μία καί μόνη κύστις, καλυπτομένη υπό κοινού περιτοναίου. Σημειωτέον έπίσης, ότι είναι δυνατόν νά έχη προσβληθῆ ή μία, ένῶ ή έτέρα είναι ύγιής. Οὕτω δυνατόν νά περιέχωνται λίθοι εις τήν μίαν καί ούχι εις τήν άλλην. Η δέ άκτινολογική διάγνωσις είναι δυσχερής, δεδομένου ότι άλλοτε

διαγράφονται και αι δύο κύστεις, ἐνῶ ἄλλοτε πάλιν ἡ διάγνωσις κατορθοῦται χάρις εἰς τὴν διαπίστωσιν μιᾶς διπλῆς σειρᾶς λίθων.

3) Δίλοβος χοληδόχος. Αὕτη εἶναι ἐξαιρετικῶς σπανία. Χωρίζεται ἐξ ὀλοκλήρου, μὲ κοινὸν ὁμῶς κυστικὸν πόρον. Ὁ διαχωρισμὸς οὗτος συντελεῖται εἴτε δι' ἐνὸς ἐπιμήκουσ διαφράγματος, εἴτε ἐν εἶδει ἀνεστραμμένου V, ὅποτε ἔχομεν δύο χωριστὰς κύστεις, αἵτινες ἐνοῦνται παρὰ τὸν ἀσθένειαν των. Αἱ δύο κοιλότητες διαχωρίζονται τελειῶς παρὰ τὸν πυθμένα καὶ συγκοινωνοῦν παρὰ τὸν ἀσθένειαν.

4) Τετράπλευρος χοληδόχος. Ἐκ τῶν σπανιωτάτων ἀνωμαλιῶν. Ἐν ἀντιθέσει μὲ τὰς προηγουμένης ἀνωμάλους χοληδόχους, αἵτινες ἐκκινοῦν ἐκ τῶν πόρων, αὕτη ἄρχεται ἐκ τῶν ἡπαικῶν λοβίων παρὰ τὴν κοίτην τῆς κύστεως. Ἡ ἀνωμαλία αὕτη ὀφείλεται πιθανώτατα εἰς ὑπερτροφίαν τοῦ ἡπαιτικοῦ ἰστοῦ καὶ συγκοινωνεῖ μετὰ μικρῶν χοληφόρων τριχοειδῶν.

5) Ἐκκόλπωμα τῆς χοληδόχου. Τὸ γνήσιον ἐκκόλπωμα, σχετικῶς σπάνιον, παρατηρεῖται εἰς ὅλας τὰς μοίρας τῆς χοληδόχου καὶ εἶναι ποικίλου μεγέθους, μέχρι πυγμῆς. Ἀποδίδεται εἰς μίαν διάτασιν τῶν σῶληναρίων τοῦ Lutschka. Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον τὰ ἐκκόλπωματα δὲν ἔχουν κλινικὰς ἐκδηλώσεις, ἐκτὸς ἐάν φλεγμαίνουν, ὅποτε προβάλλουν τοῦ τοιχώματος τῆς χοληδόχου καὶ δίδουν σημεῖα χολοκυστίτιδος. Ἄν καὶ συχνὰ περιέχουν λίθους, σπανίως διαστραίνονται. Τὰ γνήσια ταῦτα ἐκκόλπωματα πρέπει νὰ διαχωρίζονται τῶν ἐπικτήτων, ἅτινα ὀφείλονται εἰς μίαν κήλην τοῦ τοιχώματος τῆς κύστεως προκληθεῖσαν ἀπὸ μίαν φλεγμονήν, ἀδυναμίαν τοῦ τοιχώματος κλπ.

6) Ἀτροφικὴ χοληδόχος. Σπανία συγγενῆς ὑποπλασία, ἀπαντῶσα εἰς τὰ παιδιά. Εἰς τοὺς ἐνήλικας δυνατὸν νὰ εἶναι τὸ ἀποτελεσμα μιᾶς ἐπουλωτικῆς ἐπεξεργασίας. Ἐάν ἡ χοληδόχος αὕτη νοση, δὲν θὰ σκιαγραφηθῇ ἀκτινολογικῶς. Φυσιολογικῶς λειτουργοῦσα, θὰ δώσῃ μικρὰν σκιάν, ἥτις θέλει σμικρυνθῆ ἔτι περισσότερον κατόπιν λήψεως λιπαροῦ γεύματος.

7) Κλεψυδροειδῆς χοληδόχος. Ἀνωμαλία οὐχὶ ἀσυνήθης, εἶναι εἴτε συγγενῆς εἴτε ἐπικτήτος. Ἀνευρέθη καὶ εἰς παιδιά, οὐδέποτε προσβληθέντα ὑπὸ χολοκυστίτιδος. Εἶναι πάντως δύσκολον ν' ἀποφανθῇ τις μετὰ βεβαιότητος, ἐάν ἡ ἀνωμαλία αὕτη εἶναι συγγενῆς ἢ ἐάν εἶναι ἀποτέλεσμα φλεγμονωδῶν ἀλλοιώσεων, αἵτινες ἐδημιούργησαν οὐλώδη συρρίκνωσιν. Σημειωτέον ἐπίσης, ὅτι καὶ εἰς

άντανεκλαστικός σπασμός δύναται νά δώση εἰς τήν χοληδόχον τὸ σχῆμα αὐτό.

Ἐκτός τῶν προηγουμένως περιγραφεισῶν ἀνωμαλιῶν, αἵτινες ἀφοροῦν τὸ σχῆμα καί τήν ἀνάπτυξιν τῆς χοληδόχου, ὑπάρχουν καί ἄλλαι ὀφειλόμεναι εἰς μίαν ἀνώμαλον θέσιν, εἰς μίαν μετατόπισιν τῆς ἐκ τῆς φυσιολογικῆς κοίτης. Δὲν εἶναι μὲν συνήθεις, ἡ παρουσία τῶν ὅμως δημιουργεῖ προβλήματα καί τεχνικὰ δυσχερείας προκειμένου νά λάβῃ χώραν μία χειρουργικὴ ἐπέμβασις.

Περιγράφονται πέντε ἀνώμαλοι ἐκτοπίσεις τῆς χοληδόχου:

— Ἄριστερά χοληδόχος: Καταλαμβάνει τήν θέσιν ταύτην ὅταν: α) συνυπάρχῃ μὲ *situs transversus* β) ὅταν μετατοπίζεται πρὸς τὰ ἀριστερά. Εἰς τήν τελευταίαν ταύτην σπανίαν περίπτωσιν εὐρίσκεται πάντοτε ὑπὸ τὴν κάτω ἐπιφάνειαν τοῦ ἀριστεροῦ λοβοῦ τοῦ ἥπατος, ἐνῶ ὁ κυστικὸς πόρος ἐκκινεῖ συνήθως ἐκ τῆς φυσιολογικῆς τοῦ θέσεως.

— Ἐγκαρσία θέσις τῆς χοληδόχου: Μᾶλλον σπανία, καθ' ἣν ἡ χοληδόχος εὐρίσκεται ὀπισθεν τῆς φυσιολογικῆς θέσεως καί βαθέως ἐνσφηνωμένη ἐντὸς τοῦ ἥπατος.

— Ὅπισθία μετατόπισις τῆς χοληδόχου: Ἡ κύστις ἐγκαταλείπει τὴν κοίτην τῆς, ὁ πυθμὴν τῆς ἔχει στραφῆ πρὸς τὰ ὀπίσω ἢ καί πρὸς οἰανδήποτε ἄλλην κατεύθυνσιν.

— Περιπλανωμένη χοληδόχος: Εἰς συχνότητα 4% περίπου, περιβάλλεται ἐξ ὀλοκλήρου ἀπὸ περιτόναιον. Συνδέεται συνήθως μὲ τὴν κάτω ἐπιφάνειαν τοῦ ἥπατος, παρὰ τὴν κοίτην τῆς. Ἡ πρόσφυσις τῆς δυνατὸν νά ἔχῃ μῆκος 2 ἕως 3 ἐκ. ἢ ν' ἀποτελῆται ἀπὸ τὸν κυστικὸν πόρον, ὅποτε αὕτη περιπλανᾶται. Παρατηρεῖται κυρίως εἰς τὰς γυναῖκας ἄνω τῶν 60 ἐτῶν, λόγῳ δὲ τῆς χαλαρώσεως τῶν ἰσθμῶν τῶν ἀτόμων αὐτῶν, δυνατὸν νά δημιουργηθῇ μία ἐξαιρετικῶς σοβαρὰ ἐπιπλοκή, ἡ συστροφή τῆς χοληδόχου.

— Ἐνδοηπατικὴ χοληδόχος: Κατὰ τὸν Δένέ, ἡ χοληδόχος κύστις κατὰ τὸ ἐμβρυϊκὸν στάδιον εἶναι ἐνδοηπατικὴ, μεταγενεστέρως δὲ ἐξέρχεται τοῦ ἥπατικοῦ παρεγχύματος. Μία ἀναστολή τῆς ἀναπτύξεως θά ἔχῃ ὡς ἀποτέλεσμα τὴν ἀνωμαλίαν ταύτην. Ὁ ἐνδοηπατικὸς αὐτὸς ἐνταφιασμός δυνατὸν νά εἶναι ὀλικὸς ἢ μερικὸς. Εἰς τὰς γνησίας περιπτώσεις συγγενοῦς ἐνδοηπατικῆς χοληδόχου, αὕτη εὐρίσκεται ἐξ ὀλοκλήρου ἐντὸς τοῦ

δεξιού λοβοῦ. Ἀνευρίσκεται ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον κατὰ τὴν παιδικὴν ἡλικίαν. Ἐπὶ 130 νεκροψιδῶν παιδῶν, εἰς 12 ἀνευρέθη ἡ ἀνωμαλία αὕτη. Μία τοιαύτη χοληδόχος παρατηρεῖται φυσιολογικῶς εἰς τὰ ζῶα. Εἰς τὸν ἄνθρωπον ἡ συνύπαρξις μὲ λίθους παρατηρεῖται εἰς ἀναλογίαν 60%. Μία τυχόν ἀποφασισθεῖσα χειρουργικὴ ἐπέμβασις δεόν νὰ περιορισθῇ εἰς μόνην τὴν ἀφαίρεσιν τῶν λίθων καὶ οὐχὶ καὶ τῆς χοληδόχου, λόγῳ τῶν μεγάλων αἱμορραγιῶν καὶ τοῦ choc. Ἀκτινολογικῶς, ἐάν χρωσθῇ, διαγιγνώσκεται ἡ ἀνωμαλία αὕτη χάρις εἰς τὴν ὑψηλὴν, σχεδὸν κάτωθεν τοῦ διαφράγματος, θέσιν τῆς κύστεως.

β) Ὑ γ γ ε ν ῆ ς ἀ π ο υ ς ἰ α τ ῆ ς χ ο λ η δ ὄ χ ο υ. Σπανία, παρατηρεῖται περισσότερον εἰς τὴν γυναῖκα ἢ τὸν ἄνδρα, μὲ ἀναλογίαν 2:1. Δυνατὸν νὰ συνοδεύεται καὶ ἀπὸ ἄλλας συγγενεῖς ἢ κυστικὴ ἀρτηρία ἐλλείπουν. Ἔχουν ἐπίσης δημοσιευθῆ περιπτώσεις ἀπουσίας καὶ τοῦ χοληδόχου πόρου καὶ τοῦ ἀριστεροῦ λοβοῦ τοῦ ἥπατος. Εἰς τὴν συγγενῆ ἀπουσίαν τῆς κύστεως, ὁ χοληδόχος πόρος ἐμφανίζεται διατεταμένος, ὅπως εἰς τὰ ζῶα ἐκεῖνα, τὰ ὁποῖα φυσιολογικῶς στεροῦνται χοληδόχου κύστεως, ἂν καὶ κατὰ τὸν Gross ἡ διάταξις αὕτη τοῦ κοινοῦ πόρου δὲν εἶναι συνήθης, ὅταν δὲ ὑπάρχη αὕτη, ὀφείλεται εἰς τὴν ὑπαρξιν ἐντὸς τούτου λίθων.

Ἄκτινολογικῶς φυσικὰ δὲν θὰ ἔχωμεν σκιαγράφησιν, θὰ πρέπη ὁμως ν' ἀποκλεισθῇ μία ἐνδοηπατικὴ χοληδόχος.

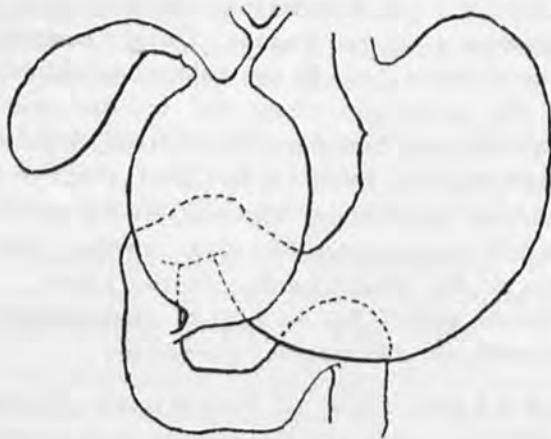
γ) Ἀ ν ω μ α λ ἰ α ἰ τ ῶ ν χ ο λ η φ ὄ ρ ω ν ὁ δ ῶ ν. Μία διακοπὴ εἰς τὴν ἐξέλιξιν κατὰ τὸ ἐμβρυϊκὸν στάδιον δύναται νὰ δημιουργήσῃ ἀνωμαλίαν εἴτε ὅλων τῶν χοληφόρων ὁδῶν, συμπεριλαμβανομένης καὶ τῆς χοληδόχου, εἴτε ἐνὸς μόνον ἐκ τῶν πόρων. Αἱ ἀνωμαλῖαι αὗται συνοδεύονται καὶ ἀπὸ ἀναλόγους τῶν αἰμοφόρων ἀγγείων.

Ἄπο κλινικῆς καὶ θεραπευτικῆς ἀπόψεως σπουδαιότεροι εἶναι αἱ ἀνωμαλῖαι τοῦ κοινοῦ χοληδόχου πόρου. Μερικαὶ ἐξ αὐτῶν ἀνακαλύπτονται τυχαίως, δὲν ἔχουν κλινικὰς ἐκδηλώσεις, ἔχουν ὅμως σημασίαν εἰς περίπτωσιν χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως. Αὗται ἀφοροῦν κυρίως τὸν τρόπον ἐμφυτεύσεως τοῦ χοληδόχου πόρου: ὁ πόρος καταλήγει ἐντὸς τοῦ στομάχου καὶ πλησίον τοῦ πυλωροῦ, ἢ ἐντὸς τοῦ στομάχου διὰ τοῦ πυλωροῦ. Ἐμφύτευσις τοῦ πόρου ἐντὸς τοῦ 12δακτύλου ἀνεξαρτήτως τοῦ παγκρεατικοῦ πόρου. Δύο χωριστοὶ 12δακτύλου εἰς ἀπόστασιν 1 ἐκ. ὁ εἰς πόροι καταλήγοντες ἐντὸς τοῦ 12δακτύλου καὶ ὁ ἕτερος ἐντὸς τοῦ τοῦ ἄλλου, ἢ ὁ εἰς ἐντὸς τοῦ 12δακτύλου καὶ ὁ ἕτερος ἐντὸς τοῦ

στομάχου. Τέλος διπλοῦς πόρος χωριζόμενος δι' ἐπιμήκους διαφράγματος καὶ καταλήγων διὰ δύο τρημάτων ἐντὸς τοῦ 12δακτύλου.

Κύστις τοῦ χοληδόχου πόρου. Ἐκ τῶν πλέον σημαντικῶν ἀνωμαλιῶν. Συνήθως συγγενής, ἂν καὶ εἰς τινὰς περιπτώσεις δύναται νὰ εἶναι ἐπίκτητος, ὀφειλομένη εἰς πίεσιν τῶν μεσεντερίων ἀδένων ἢ ἐνὸς ὄγκου τοῦ παγκρέατος ἢ εἰς μίαν διάτασιν λόγῳ μηχανικοῦ ἐμποδίου ἢ στενώσεως τοῦ πόρου. (σχ. 14).

Ἡ σπανία αὕτη ἀνωμαλία συνίσταται εἰς μίαν σακκοειδῆ ἀνεύρυσιν τοῦ ἥπατικο—χοληδόχου πόρου κατὰ τὴν ἔξω δωδεκαδακτυλικὴν μοῖραν. Ὁ γνήσιος αὐτὸς σακκοειδῆς ἀνευρυσμὸς τοῦ χοληδόχου πόρου εἶναι ἐντετοπισμένος, ἀφορῶν συνήθως μόνον τὸν πόρον αὐτόν. Σπανίως συμπεριλαμβάνει τὸν κυστικὸν πόρον καὶ



Σχῆμα 14
Κύστις τοῦ χοληδόχου πόρου.
(Κατὰ Feldman)

τοὺς ἥπατικούς, ἀκόμη δὲ σπανιώτερον τὴν 12δακτυλικὴν μοῖραν. Οὕτως εἰς τὸν ἄνω πόλον τῆς κύστεως καταλήγουν δύο πόροι, ὁ κυστικὸς καὶ ὁ κοινὸς ἥπατικός, σπανιώτερον τρεῖς, ὁ κυστικὸς καὶ οἱ δύο ἥπατικοί. Ὁ κάτω πόλος κατὰ τὴν ἐνδοτειχικὴν διαδρομὴν του εἶναι φυσιολογικοῦ εὗρους ἢ παρουσιάζει μίαν κάμψιν, ἥτις δύναται νὰ παρεμποδίσῃ τὴν ροὴν τῆς χολῆς. Ἡ κυστικὴ αὕτη διάταξις τοῦ πόρου ποικίλλει εἰς μέγεθος ἀπὸ ὀλίγων ἑκατοστῶν μέχρις 20 καὶ πλέον, σχηματίζουσα ἓνα τεράστιον ὄγκον περιεκτικότητος πολλῶν λίτρων ὑγροῦ. Ἡ κύστις εἶναι πάντοτε ὀπισθοπεριτοναϊκὴ, δυνατὸν ὅμως νὰ παρατηρηθῇ ἔμπροσθεν ἢ ὀπισθεν τοῦ 12δακτύλου. Περιέχει συνήθως χολὴν ἢ μικροὺς λίθους.

Πλέον συνήθης εις τὴν γυναῖκα, ἐκδηλοῦται κλινικῶς ἀρκετὰ ἐνωρίς, εις ἄτομα κάτω τῶν 25 ἐτῶν, διὰ μιᾶς συμπτωματικῆς τριάδος: πόνος, ἴκτερος, ὄγκος. Τὰ δύο πρῶτα συμπτώματα — πόνος καὶ ἴκτερος — εις τὰ ὁποῖα συνήθως προστίθεται καὶ χολαγγειακὸς πυρετός, δίδουν τὴν εἰκόνα μιᾶς ψευδολιθιάσεως. Τὸ χαρακτηριστικὸν ὅμως εὔρημα εἶναι ἡ παρουσία ἐνός ὄγκου ὑπὸ τὸ ἥπαρ, ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ψηλαφητοῦ, ὅστις ἐκλαμβάνεται ὡς μία διατεταμένη χοληδόχος, ὡς ἐν σάρκωμα, μία κύστις παγκρέατος κ.ο.κ., δεδομένου ὅτι ἔχει κυστικὴν σύστασιν καὶ δύναται νὰ καταλάβῃ ὀλόκληρον τὴν κοιλίαν.

Λόγω τῶν ἐπιπλοκῶν — ἴκτερος, λοιμῶξις καὶ σπανιώτατα ρήξις — ἡ πρόγνωσις εἶναι σοβαρά. Ἡ μόνη θεραπεία εἶναι ἡ χειρουργική, συνισταμένη συνήθως εις τὴν μερικὴν ἐκτομὴν τῆς κύστεως με ἀναστόμωσιν χοληδόχου πόρου — 12δακτύλου.

Τὰ ἀκτινολογικὰ εὐρήματα εις τοιαύτας περιπτώσεις εἶναι εις τὴν ἀπλὴν ἀκτινογραφίαν σκιαγράφησις ἐνός ὄγκου, ἀερο-υδρική ἐνδοκυστική εἰκὼν, ἀπώθησις πρὸς τὰ ἐμπρὸς τοῦ 12δακτύλου, διεύρυνσις τοῦ 12δακτυλικοῦ πλαισίου, πίεσις τοῦ στομάχου καὶ παραμόρφωσις τούτου ἐν εἴδει κλεψύδρας, ἀρνητικὴ χολοκυστογραφία. Ἐμμέσως θὰ παρατηρήσωμεν ἀπώθησιν τοῦ παχέος ἐντέρου ἢ καὶ ἄλλου ὄργανου. Μία πυελογραφία θ' ἀποκλείσῃ τὴν πιθανότητα ἐνός ὄγκου τοῦ νεφροῦ.

Συγγενὴς ἀτρησία τοῦ χοληδόχου πόρου. Ἀνωμαλία σχετικῶς σπανία, ποικίλλουσα εις ἕκτασιν καὶ ἐντόπισιν, ἀλλὰ καὶ μονήρης ἢ πολλαπλῆ. Ἡ πλέον συνήθης ἐντόπισις εἶναι παρὰ τὸ κατώτερον τμήμα τοῦ χοληδόχου πόρου, τοῦ ἥπατικοῦ καὶ τοῦ κυστικοῦ. Οἱ χοληφόροι πόροι δυνατὸν ν' ἀπουσιάζουν ἢ ν' ἀντιπροσωπεύωνται ἀπὸ μιαν ἰνώδη χορδὴν. Ὑπερθεν τῆς ἀποφράξεως ἐμφανίζονται διάτασιν. Εἰς τὰ βρέφη, ἅτινα ἐπιζοῦν ὀλίγους μῆνας, παρατηροῦνται ἀλλοιώσεις κιρρώσεως ἐξ ἀποφράξεως μετὰ σπληνομεγαλίας. Ἀπὸ ἀπόψεως παθογονίας συνεζητήθη ὁ ρόλος τῆς σφιλίδος καὶ τῆς ἀποφρακτικῆς ἀνιούσης χολαγγειίτιδος. Πρόκειται ὅμως πιθανώτατα περὶ ἐμβρυϊκῆς ἀνωμαλίας, ἂν καὶ ὑπάρχουν ἀναμφισβήτητοι συγγενεῖς ἀτρησῖαι ἐκ φλεγμονώδους ἀποφράξεως τῶν χοληφόρων ὁδῶν.

Τὸ χαρακτηριστικώτερον σύμπτωμα εἶναι ὁ ἴκτερος ἐξ ἀποφράξεως, ὅστις ἐμφανίζεται περὶ τὸ τέλος τῆς πρώτης ἐβδομάδος ἀπὸ τῆς γεννήσεως τοῦ βρέφους, με προοδευτικὴν ἐπίτασιν πρὸς τὴν πρασίνην χρῶσιν. Τὰ κόπρανα εἶναι ἀποχρωματισμένα, ἂν καὶ λαμβάν-

νουν μίαν σκοτεινήν χροιάν λόγω τῆς ἀποβολῆς τῶν χολοχρωστικῶν διὰ τοῦ ἐντερικοῦ βλεννογόνου. Ταχύτατα παρατηρεῖται ὑπερτροφία τοῦ ἥπατος καὶ τοῦ σπληνός, ἐνίοτε δὲ ἀναπτύσσεται καὶ ἀσκήτης. Μολαταῦτα ἐπὶ ἐβδομάδας, ἐνίοτε καὶ ἐπὶ μερικὸς μῆνας, ἡ γενικὴ κατάστασις παραμένει ἱκανοποιητικὴ. Τέλος ἐμφανίζεται μία καχεξία ὀφειλομένη εἰς διαταραχὰς τοῦ μεταβολισμοῦ τῶν λιπῶν καὶ εἰς ἀνεπάρκειαν εἰς βιταμίνην Α καὶ Κ. Τὰ συμπτώματα ὁμῶς ταῦτα δὲν ἐμφανίζονται παρά εἰς ἐκεῖνα τὰ βρέφη, ἅτινα ἐπιζοῦν πέραν τῶν ἕξ μηνῶν, δεδομένου ὅτι ὁ θάνατος ἐπέρχεται γενικῶς ἐντὸς τοῦ πρώτου ἕξαμήνου, ἐνίοτε ἀπὸ ἐνδιάμεσον λοιμῶξιν. Εἰς περιπτώσιν παρατεταμένης ἐπιβιώσεως δεόν νὰ σκεφθῶμεν μίαν ἀτελεῖ ἀπόφραξιν.

Ἡ διαφορικὴ διάγνωσις θὰ γίνῃ κυρίως μὲ τὴν ἥπατικὴν συφιλίδα, ἣτις καὶ αὐτὴ παρουσιάζει σκληρὸν καὶ διωγκωμένον ἥπαρ καὶ σπληνα, ἀλλὰ μικροτέρας ἐντάσεως ἴκτερον.

Ἡ ἴασις τῆς ἀτρησίας τοῦ χοληδόχου πόρου δυνατὸν νὰ ἐπιτευχθῇ διὰ χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως, ὅπως χάρις εἰς μίαν ἀναστόμωσιν μεταξὺ χοληδόχου πόρου καὶ 12δακτύλου, ἐὰν φυσικὰ ἢ ἀπόφραξις ἐντοπίζεται κάτωθεν τοῦ κυστικοῦ πόρου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ ΙΓ'

Η ΕΞΕΤΑΣΙΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ

Ἰνα διαπιστώσωμεν ἂν ὠρισμένα ἐνοχλήματα — εἴτε ὀξείας μορφῆς, εἴτε χρονίας ὑπὸ μορφὴν μιᾶς δυσπεψίας — ὀφείλωνται εἰς μίαν λειτουργικὴν ἢ ὀργανικὴν βλάβην τῆς χοληδόχου κύστεως καὶ τῶν χοληφόρων ὁδῶν, ἔχομεν εἰς τὴν διάθεσίν μας τρία κυρίως μέσα ἐξετάσεως:

Α' τὴν κλινικὴν ἐξέτασιν,

Β' τὸν καθητηριασμὸν τοῦ δωδεκαδακτύλου,

Γ' τὴν ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν (χολοκυστογραφίαν).

Εἰς ταύτας δυνάμεθα νὰ προσθέσωμεν καὶ τὴν ὑπὸ τῶν Γάλλων ἐρευνητῶν ἐπινοηθεῖσαν ἀκτινομανομετρίαν, ἐξαιρετικῆς σημασίας καὶ σπουδαιότητος. Δεδομένου ὅμως ὅτι ἡ μέθοδος αὕτη δὲν εἶναι πρακτικῆς χρήσεως, ἐφ' ὅσον προϋποθέτει εἰδικὰς ἐγκαταστάσεις καὶ σύγχρονον χειρουργικὴν ἐπέμβασιν, δὲν θὰ ἐπεκταθῶμεν ἐπὶ τοῦ θέματος τούτου.

Α' ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΙΣ

Ἡ κλινικὴ ἐξέτασις τῆς χοληδόχου κύστεως — μέσον ἐλέγχου τῆς πασολογικῆς ἢ μὴ καταστάσεώς της — μᾶς δίδει πολυτίμους πληροφορίας, ἰδίως ὅσον ἀφορᾷ τὴν εὐαισθησίαν, διευκρινίζουσα οὕτω τὴν αἰτιολογίαν ἑνὸς κλινικοῦ συνδρόμου.

Οὐσιαστικῶς μόνον ἡ ψηλάφησις ἀποβαίνει χρήσιμος, σπανίως δὲ ἡ ἐπίκρουσις, ἐπισκόπησις ἢ ἡ ἀκρόασις θὰ βοηθήσουν.

Ἐὰν καὶ ἡ χοληδόχος εἶναι ὄργανον ἐπιπολῆς, ἐρχομένη εἰς ἀμείνον ἐπαφὴν μὲ τὰ κοιλιακὰ τοιχώματα, ἡ ψηλάφησις της ἀποβαίνει πολλακίς δυσχερῆς. Ὄταν εἶναι εὐκόλος, δίδει πολυτιμοτάτας πληροφορίας εἰς περιπτώσιν ὄγκου, μεγάλης διατάσεως τῆς χοληδόχου ἢ περιχολοκυστίτιδος. Φυσιολογικῶς, αὕτη δὲν προβάλλει πέραν τοῦ κάτω χεῖλους τοῦ ἥπατος. Μία ὅμως διόγκωσις τοῦ ἥπατος τὴν καλύπτει, μία σύσπασις τῶν κοιλιακῶν τοιχωμάτων δυσχεραίνει ἔτι περισσότερον τὴν ἐξέτασιν, ὅπως καὶ μία παχυσαρκία, ἀεροκολία,

κλπ. Ἡ ψηλάφησις ἐπομένως δέον νά γίνεται μετά μεγίστης προσοχῆς καί ἐπιμελείας.

Κύριος σκοπός τῆς ψηλαφήσεως θά εἶναι ἡ διαπίστωσις τῆς ὑπάρξεως ἢ ὄχι ἑνός σαφοῦς ἐπωδύνου παρά τήν χοληδόχον σημεῖον, συνοδευομένου ἢ ὄχι καί ὑπό εὐαισθησίας τοῦ ἥπατικοῦ χεῖλους. Τόν σκοπόν αὐτόν ἐξυπηρετεῖ ἡ ἀναζήτησις τοῦ λεγομένου σημείου τοῦ Μυρρή, ὅπερ ἐρμηνεύει τόν τοπικόν πόνον τῆς χοληδόχου.

Ἐάν ἐρευνηθῇ ὀρθῶς, ἡ διαπίστωσις τοῦ σημείου τοῦ Μυρρή εἶναι εὐκόλος. Εἰς τήν συσταθεῖσαν ἀρχικῶς ὑπό τοῦ συγγραφέως τεχνικήν — ἐξέτασις τῆς χοληδόχου μὲ κεκαμμένους δακτύλους — προσετέθησαν πλεῖστοι βελτιώσεις καί τροποποιήσεις.

Ἡ συνηθετέρα μέθοδος ἐρεύνης εἶναι ἡ ἐξῆς: τοποθετοῦμεν τήν δεξιάν χεῖρα ἀνοικτὴν ἐπὶ τοῦ κοιλιακοῦ τοιχώματος. Μὲ τοὺς τέσσαρας δακτύλους διευθυνομένους ἐκ δεξιῶν πρὸς τὰ ἀριστερά, ἐνῶ ὁ ἀντίχειρ λαμβάνει κάθετον διεύθυνσιν, πιέζομεν ἐλαφρῶς. Συγχρόνως παραγγέλλομεν εἰς τὸν ἄρρωστον ν' ἀναπνεύσῃ βαθέως, ἡμεῖς δὲ προσέχομεν κυρίως τὸ πρόσωπον τοῦ ἀρρώστου ἐπὶ τοῦ ὁποίου θέλει ἀντικατοπτρισθῆ ὁ προκαλούμενος πόνος.

Πράγματι, ἐάν ἡ χοληδόχος πάσχη, ὅταν ὁ ἀντίχειρ εὐρίσκεται ἐπὶ τοῦ χολοκυστικοῦ σημείου, κατὰ τήν βαθεῖαν εἰσπνοὴν καί περὶ τὸ τέλος αὐτῆς, θά παρατηρήσωμεν μίαν ἀπότομον διακοπὴν καί ἓνα σαφὴ πόνον, ὅστις ἐκδηλοῦται ἐπὶ τοῦ προσώπου δι' ἑνός χαρακτηριστικοῦ μορφασμοῦ.

Τὸ σημεῖον τοῦ Μυρρή ἐπροτάθη κυρίως ὡς μέσον διαφορικῆς διαγνώσεως μεταξύ ἑνός χολοκυστικοῦ καί 12δακτυλικοῦ πόνου. Εἰς τήν τελευταίαν περίπτωσιν ὁ πόνος δὲν αὐξάνει κατὰ τήν βαθεῖαν εἰσπνοὴν, δυνατόν μάλιστα καί νά μειωθῇ, πιθανώτατα διότι ἐν ἄλλο ὄργανον παρεμβάλλεται μεταξύ τοῦ 12δακτύλου καί τοῦ ἐρευνητῆτος ἀντίχειρος. Συχνά ἡ ἐξέτασις αὕτη ἀποβαίνει θετικὴ μόνον τήν πρώτην φοράν, διότι ἐν συνεχείᾳ ὁ ἄρρωστος φοβούμενος τὸν πόνον καί ὑποσυνειδήτως δὲν ἀναπνέει βαθέως.

Ὅταν ὑπάρχη ἐκσεσημασμένη μυϊκὴ ἀντίστασις ἢ ὅταν τὸ ἄτομον εἶναι παχύσαρκον, θ' ἀναζητήσωμεν τὸ σημεῖον τοῦ Μυρρή τοῦ ἀρρώστου καθημένου. Ὁ ἄρρωστος κάθεται μὲ τὰ κάτω ἄκρα τεταμένα, τὰς χεῖρας πρὸς τὰ κάτω, καί τὸν κορμὸν κεκλιμένον πρὸς τὰ ἔμπρός. Ὁ ἐξετάζων τοποθετεῖται ὀπισθεν τοῦ ἀρρώστου, μὲ τήν πάλαμν τῆς δεξιᾶς χειρὸς ἐστραμμένην πρὸς τὰ ἄνω καί τοὺς δακτύλους ἐν ἐκτάσει. Οὕτω πιέζει βαθέως καί καθέτως τὰ ὄργανα τῆς πυλωρο—12δακτυλικῆς χώρας. Ἀκολουθῶς ἡ παλάμη φέρεται πρὸς τὰ ἄνω, οἱ δάκτυλοι ἐγκαταλείπουν τήν σπονδυλικὴν στήλην, κάμπτονται

πρός την κάτω επιφάνειαν τοῦ ἥπατος, φθάνοντες τοιοῦτοτρόπως εἰς τὴν χώραν τῆς ἥπατικῆς πύλης ἢ τοῦ αὐχένος τῆς χοληδόχου. Ὅταν ἡ χοληδόχος φλεγμαῖνι, θὰ προκληθῆ εἰς ἔντονος, ἐντετοπισμένος πόνος.

Χάρις εἰς τὴν ἄνω μέθοδον ἐρεύνης δυνάμεθα νὰ διαχωρίσωμεν ἓνα πόνον τῆς χοληδόχου ἀπὸ τοιοῦτον τοῦ 12δακτύλου ἢ τοῦ πυλωροῦ. Ὅταν κατὰ τὴν ἐξέτασιν οἱ δάκτυλοι φθάσουν εἰς τὴν σπονδυλικὴν στήλην, ἐὰν στραφοῦν ὀλίγον ἀριστερὰ τῆς μέσης γραμμῆς, προκαλοῦν ἓνα πυλωρικὸν πόνον, ἐὰν στραφοῦν δεξιὰ ὁ πόνος ὀφείλεται εἰς τὸ 12δάκτυλον, ἐὰν δὲ ἀνυψωθοῦν πρὸς τὸ ἥπαρ, τὸ ὅποιον μὲ τὴν βαθεῖαν εἰσπνοὴν κατέρχεται, θ' ἀποκαλύψουν μίαν εὐαισθησίαν τούτου ἢ τῆς χοληδόχου.

Τὸ σημεῖον, ἐπομένως, τοῦ Murphry ἀποκτᾷ ἰδιάζουσαν σημασίαν προκειμένου νὰ ἐρευνηθῆ οὐχὶ μία διόγκωσις τῆς χοληδόχου, ἀλλὰ ἡ εὐαισθησία ταύτης. Σημεῖον λίαν πρῶϊμον ἐν τῇ ἐξελιξεί τῆς νόσου, μεγάλης διαγνωστικῆς ἀξίας, μεγαλυτέρας τῆς τοῦ σημείου τοῦ Mac Burney, ὡς πλέον σταθερὸν καὶ ὀλιγώτερον ἀπατηλὸν τούτου. Ἐπὶ πλέον ἐπιτρέπει τὴν σύγχρονον ἀναζήτησιν τῆς εὐαισθησίας τοῦ ἥπατος.

Προκειμένου νὰ ἐκτιμήσωμεν οὐχὶ τὴν εὐαισθησίαν τῆς χοληδόχου, ἀλλὰ κυρίως τὸ σχῆμα καὶ τὸ μέγεθος, θὰ καταφύγωμεν εἰς τὴν μέθοδον τοῦ Gilbert. Ὁ ἐξετάζων τοποθετεῖται δεξιὰ τοῦ κατακεκλιμένου ἀρρώστου. Θὰ χρησιμοποιηθοῦν καὶ αἱ δύο χεῖρες, κατὰ τρόπον ὥστε νὰ ἐγγίζωνται διὰ τῶν δακτύλων, μὲ τὴν ἀριστερὰν παλάμην ἐστραμμένην πρὸς τὸν θώρακα καὶ τὴν δεξιὰν πρὸς τὴν βουβωνικὴν χώραν. Πιέζομεν ἐλαφρῶς τὸ κοιλιακὸν τοίχωμα διὰ δύο ἢ τριῶν κινήσεων, καθ' ὃν χρόνον ὁ ἄρρωστος ἀναπνέει βαθέως. Τὸ ἥπαρ, ἀκολουθοῦν τὰς ἀναπνευστικὰς κινήσεις τοῦ διαφράγματος, ἀνέρχεται καὶ κατέρχεται. Κατὰ τὴν εἰσπνοὴν ἡ ἀριστερὰ χεὶρ πιέζει τὸ τοίχωμα, ἐνῶ ἡ δεξιὰ ψηλαφᾷ τὸ κάτω χεῖλος. Δυνατὸν τότε νὰ ψηλαφήσωμεν μίαν ἀπιοειδῆ ἢ στρογγύλην διόγκωσιν. Πρόκειται νὰ ψηλαφηθῆ μίαν ἀπιοειδῆ ἢ στρογγύλην χοληδόχου, ἣτις ἀπομακρύνεται τοῦ κάτω χείλους τοῦ ἥπατος.

Ἡ ἐρευνα τῆς χοληδόχου κατὰ τὴν μέθοδον τοῦ Chauffard θὰ λάβῃ χώραν, τοῦ ἐξετάζοντος τοποθετουμένου καὶ ἐδῶ δεξιὰ τοῦ κατακεκλιμένου ἀρρώστου. Ἡ ἀριστερὰ χεὶρ τοποθετεῖται ὀπισθεν, εἰς τὴν ὀσφυϊκὴν χώραν, τὴν ὅποιαν ἀνυψοῖ, ἐνῶ ἡ δεξιὰ χεὶρ προοδευτικῶς προωθεῖται πρὸς τὰ ἄνω ἐκ τοῦ δεξιοῦ λαγονίου βόθρου, πιέζουσα ἐλαφρῶς τὸ πρόσθιον κοιλιακὸν τοίχωμα. Εἰς κάθε εἰσπνοὴν

ἡ ὀπισθεν εὐρισκομένη ἀριστερά χεὶρ ἀπωθεῖ πρὸς τὰ ἔμπρὸς τὸ ἥπαρ μετὰ τῆς χοληδόχου διὰ μικρῶν καὶ συνεχῶν κινήσεων.

Εἰς τινὰς περιπτώσεις ἡ ψηλάφησις τῆς χοληδόχου καθίσταται εὐχερεστέρα εἰς στάσιν Trendelenburg, διότι προκαλεῖται οὕτω χαλάρωσις τῶν κοιλιακῶν τοιχωμάτων καὶ μετατόπισις τῆς χοληδόχου πρὸς τὰ δεξιὰ.

Μία ἄλλη ἐπίσης χρήσιμος μέθοδος ἐξετάσεως τῆς χοληδόχου εἶναι ἡ τοποθέτησις τοῦ ἀρρώστου εἰς ἀριστερὰν πλαγίαν θέσιν. Τὸ ἥπαρ μετατοπίζεται ἐλαφρῶς πρὸς τὰ ἀριστερά, ἐνῶ ὁ πυθμὴν τῆς χοληδόχου ἔρχεται εἰς ἄμεσον ἐπαφὴν μετὰ τοῦ κοιλιακοῦ τοιχώματος παρὰ τὴν λευκὴν γραμμὴν. Φυσικά, ἡ πλήρης ἐξέτασις τῆς χοληδόχου θὰ συμπεριλαμβάνη ὅλας τὰς ἀνωτέρω ἐκτεθείσας μεθόδους ἐρεύνης.

Ὑπὸ τοῦ Caroli ἀποδίδεται μεγίστη σημασία εἰς τὸν προκλήττον πόνον, κατόπιν ἐλαφρᾶς καὶ προοδευτικῆς πίεσεως κατὰ τὴν ὑπτίαν στάσιν. Συγχρόνως πληροφορούμεθα ἀπὸ τὸν ἀρρώστον, ἐάν ὁ οὕτω προκαλούμενος πόνος ἔχει τοὺς αὐτοὺς χαρακτήρας, ἔντασιν καὶ ἀντανάκλασιν, μὲ ἐκείνον ὅστις παρατηρεῖται κατὰ τὰς αὐτομάτως ἐπερχομένας ἐπωδύνους κρίσεις. Εἰς πολλοὺς ἀρρώστους ἡ ἔρευνα αὕτη ἀποβαίνει λίαν ἀποκαλυπτικὴ καὶ ἐπιτρέπει τὴν διαφορικὴν διάγνωσιν ἀπὸ πόνον ἄλλης αἰτιολογίας. Ἀλλὰ καὶ ἐδῶ τὸ ἀρνητικὸν εὕρημα στερεῖται μεγάλης σημασίας.

Θὰ τελειώσωμεν τὴν ἐξέτασίν μας μὲ τὴν ἔρευναν ὠρισμένων δευτερευόντων σημείων, ἡσσοнос σημασίας.

α) Σημεῖον δεξιοῦ φρενικοῦ (Chauffard) : Ὀλίγον ἄνωθεν τῆς κλειδὸς καὶ ἔξω τοῦ στερνο—κλειδομαστοειδοῦς, ἐπὶ τῆς προσθίας ἐπιφανείας τοῦ σκαληνοῦ, διέρχεται τὸ φρενικὸν νεῦρον. Ἡ εἰς τὸ σημεῖον αὐτὸ πίεσις προκαλεῖ πόνον, ἐρμηνεύοντα ἓνα ἥπατο—χολοκυστικὸν ἐρεθισμόν, ἐνῶ ἀντιθέτως, ἡ πίεσις τοῦ ἀριστεροῦ φρενικοῦ δὲν προκαλεῖ πόνον, ἐκτὸς ἐάν συνυπάρχουν γαστρο—12δακτυλικαὶ ἀλλοιώσεις. Τὸ σημεῖον αὐτὸ ἀνευρίσκεται συχνότατα εἰς τὰς χολοκυστίτιδας, ἔχει ὅμως περιγραφῆ καὶ εἰς περιπτώσεις ἄλλων ἀλλοιώσεων, ὅπως περιηπατίτιδος, λοιμῶδους ἰκτέρου, καρκίνου τοῦ ὀισοφάγου καὶ τοῦ στομάχου, σκωληκοειδίτιδος, διατρήσεως κλπ.

β) Ἡ πίεσις τοῦ ἄκρου τῆς 11ης πλευρᾶς προκαλεῖ ἐπίσης πόνον, οὐχὶ ὅμως σταθερόν.

γ) Σημεῖον τῶν Rachel καὶ Rendu : Πόνος ἐντετοπισμένος, προκαλούμενος ἀπὸ τὴν πίεσιν, εἰς τὸ σημεῖον τὸ εὐρισκόμενον τρεῖς

περίπου δακτύλους ὑπερθεν καὶ ὀπισθεν τῆς λαγονίου ἀκρολοφίας.

δ) Ἐχουν ἐπίσης περιγραφῆ τὰ ἐξῆς σημεῖα: τὸ ἐπιγαστρικόν (κάτωθεν τῆς ξιφοειδοῦς ἀποφύσεως), τὸ κυστικόν (παρὰ τὴν γωνίαν τὴν σχηματιζομένην ἀπὸ τὸ δεξιὸν πλευρικὸν τόξον καὶ τὸ ἔξω χεῖλος τοῦ μεγάλου ὀρθοῦ μύος).

ε) Ὑπάρχουν ἐπίσης καὶ μερικὰ ραχιαία σημεῖα, ὅπως τὸ τοῦ Βοας: ἐὰν διὰ τῶν δύο ἀντιχείρων πιέσωμεν δεξιὰ τοῦ 11ου καὶ 12ου θωρακικοῦ σπονδύλου, προκαλοῦμεν πόνον.

στ) Ὁ Head περιέγραψε μίαν ζώνην ὑπερευαισθησίας τοῦ δέρματος παρὰ τὸ 9ον, 10ον καὶ 11ον μεσοπλευρίον διάστημα.

ζ) Κατὰ τὸν Mackenzie, ἡ πίεσις τῶν ἀκανθωδῶν ἀποφύσεων τοῦ 8ου ἕως 11ου θωρακικοῦ σπονδύλου προκαλεῖ ἐπίσης χαρακτηριστικὸν πόνον.

Ἡ ψηλάφησις ἀποκαλύπτει ὄχι μόνον τὴν εὐαισθησίαν τῆς χοληδόχου, ἀλλὰ καὶ ἕνα χολοκυστικὸν ὄγκον, ὅποτε, κατὰ τὸ μᾶλλον ἤ ἦττον διωγκωμένη, αὕτη ἀπομακρύνεται τοῦ κάτω χείλους τοῦ ἤπατος καὶ ἐφάπτεται τοῦ κοιλιακοῦ τοιχώματος. Δυνάμεθα οὕτω νὰ ἐκτιμήσωμεν τὸ μέγεθος καὶ τὴν σύστασιν τοῦ ὄγκου, ὅπως εἰς τὰς περιπτώσεις ὕδρωπος τῆς κύστεως, καρκίνου, χολολίθων κλπ. Ὁ ὄγκος αὐτὸς ἔχει ὄρια ὀμαλά, στρογγύλον κάτω πόλον, ἐνῶ ὁ ἄνω πόλος δὲν εἶναι δυνατὸν νὰ διαχωρισθῇ τοῦ ἤπατος, τοῦ ὁποίου καὶ ἀκολουθεῖ τὰς κινήσεις.

Ὅταν ἡ χοληδόχος εἶναι λίαν διωγκωμένη, δυνατὸν νὰ ψηλαφηθῇ κατὰ τὴν ὀσφυϊκὴν χώραν. Ἡ διαφορική διάγνωσις θὰ γίνῃ μετὰ μωύματα ἢ αἱματώματα τοῦ τοιχώματος, με μίαν κύστιν ἔχιν· κόκκου, με ἕνα φλεγμονώδη ἢ κακοήθη ὄγκον τῆς δεξιᾶς κολικῆς καμπῆς, με ὄγκον τοῦ νεφροῦ ἢ καὶ ἀπλῶς με αὐτὸν τοῦτον τὸν νεφρόν. Μεγαλύτερας δυσχερείας παρουσιάζει ἡ διαφορική διάγνωσις με τὸν λοβὸν τοῦ Riedel, ἀνώμαλον γλωσσοειδῆ δεξιὸν λοβὸν τοῦ ἤπατος. Οὗτος παρατηρεῖται συνήθως εἰς τὰς γυναῖκας, κατέρχεται χαμηλὰ πρὸς τὰ κάτω, εἶναι λείος, ἀνώδυνος, παρουσιάζει δὲ τὸ φαινόμενον τῆς ἀντιτυπίας, ὅπως ὁ νεφρός. Παρακολουθεῖ τὰς ἀναπνευστικὰς κινήσεις, τὸ δὲ ἔσω χεῖλος του εἶναι κάθετον, δεξιὰ καὶ ἔξω τοῦ ὀμφαλοῦ, δυσκόλως ψηλαφώμενον.

Ὅσον ἀφορᾷ τὰ ἄλλα μέσα ἐρεῦνης, ἐλάχιστα θέλουν βοηθῆσαι:

— Ἡ ἐπισκόπησις θ' ἀποκαλύψῃ ἐνίοτε τὴν ὑπαρξίν ἐνὸς ὀρατοῦ ὄγκου εἰς περίπτωσιν μεγάλης χοληδόχου.

— Ἡ ἐπίκρουσις θὰ διαπιστώσῃ μίαν ἀμβλύτητα καὶ τὸ μέγεθος τοῦ ὄγκου.

Β' Ο ΚΑΘΗΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

Ἡ διαγνωστικὴ, ἀλλὰ καὶ ἡ θεραπευτικὴ ἀξία τῆς μεθόδου ταύτης εἶναι μεγίστη. Συνδυαζομένη μετὰ τῆς κλινικῆς καὶ ἀκτινολογικῆς ἐξετάσεως τῆς χοληδόχου ὁδηγεῖ εἰς ἀκριβεῖς διαγνώσεις. Δυνάμεθα τοιοῦτοτρόπως ν' ἀποφύγωμεν ἀσκόπους καὶ ἐπικινδύνους χειρουργικὰς ἐπεμβάσεις, θέτοντες σαφῶς θεραπευτικὰς ἐνδείξεις.

Ἄπὸ ἱστορικῆς ἀπόψεως, πρῶτος ὁ Γάλλος φυσιολόγος Douyon ἔθεσε τὰς βάσεις τῆς δοκιμασίας ταύτης. Ἐν συνεχείᾳ ὁ Meltzer πειραματιζόμενος μὲ μίαν διάλυσιν θειϊκῆς μαγνησίας 25% ἀπέδειξεν, ὅτι ἡ ἐπαφή τῆς μετὰ τοῦ βλεννογόνου τοῦ 12δακτύλου προκαλεῖ τοπικὴν χαλάρωσιν τοῦ ἐντερικοῦ τοιχώματος καὶ τὴν ροὴν τῆς χολῆς ἐντὸς τοῦ 12δακτύλου, γεγονόςς μὴ παρατηρούμενον μὲ τὴν λήψιν per os. Ὁ Meltzer συνέστησε τὴν ἐντὸς τοῦ 12δακτύλου διὰ καθητήρος ἔγχυσιν τῆς θειϊκῆς μαγνησίας διὰ τὴν θεραπείαν τῶν ἰκτέρων, ὑποθέτων ὅτι οὕτω ἐπιτυγχάνεται ἡ διάνοξις τοῦ σφιγκτήρος τοῦ Oddi, μὲ ἀποτέλεσμα τὴν ἐκκένωσιν μιᾶς ποσότητος χολῆς, ἴσως δὲ καὶ τὴν ἀποβολὴν λίθων τοῦ χοληδόχου πόρου.

Ὁ Lyon, βασιζόμενος εἰς τὰς ἀνωτέρω ἐργασίας, ἐφήρμοσε τὴν ἔγχυσιν τῆς θειϊκῆς μαγνησίας ἐντὸς τοῦ 12δακτύλου, ἵνα ἐπιτύχῃ τὴν ἐκκένωσιν τῆς χοληδόχου. Μεταγενεστέρως καὶ διὰ τὸν αὐτὸν σκοπὸν ἐχρησιμοποιήθη ὑπὸ ἄλλων τὸ ἐλαιόλαδον, διάλυμα πεπτόνης, ἔνεσις ἐκχυλίσματος ὀπισθίου λοβοῦ ὑποφύσεως κ.λ.π.

ΤΕΧΝΙΚΗ

Πρὶν ἢ ἀσχοληθῶμεν μὲ τὰ ἀποτελέσματα τῆς μεθόδου ταύτης, ἅς ἴδωμεν δι' ὀλίγων πῶς πρέπει νὰ ἐκτελεθῇ ἡ ἐξέτασις αὕτη.

Ὁ καθητηριασμός τοῦ 12δακτύλου εἰσῆχθη ὑπὸ τοῦ Einhorn, τοῦ ὁποίου καὶ τὸν σωλῆνα χρησιμοποιοῦμεν, μήκους 1,50 μέτρου, μικρᾶς διαμέτρου, ἀδιαφανῆ εἰς τὰς ἀκτῖνας, ὅστις καταλήγει εἰς μίαν μεταλλικὴν ἐλαίαν. Φέρει χαραγμένα τρία σημεῖα, τὰ ὅποια θεωρητικῶς ὑποδεικνύουν τὴν ἀπόστασιν ἀπὸ τῶν ὀδόντων μέχρι τοῦ καρδιακοῦ στομίου (45 ἐκατ.), τοῦ πυλωροῦ (60 — 65 ἐκ.) καὶ τοῦ 12δακτύλου (75 ἐκατ.).

Ἡ ἐξέτασις θὰ λάβῃ χώραν τὴν πρῶταν, τοῦ ἀρρώστου ὄντος νήστεως ἀπὸ δέκα τοῦλάχιστον ὥρων. Οὗτος τοποθετεῖται καθήμενος ἢ καὶ κατακεκλιμένος καὶ εἰ δυνατόν, διὰ ψυχολογικοὺς λόγους,

ἀπομεμονωμένος τῶν ἄλλων ἀσθενῶν. Διὰ τῆς μιᾶς χειρὸς κρατεῖ τὴν ἑλαίαν τοῦ καθετήρος τὴν ὁποίαν εἰσάγει ἐντὸς τοῦ στόματος, ὅπου καὶ τὴν κρατεῖ ἐπ' ὀλίγον, ἵνα αὕτη λάβῃ τὴν θερμοκρασίαν τοῦ σώματος. Ἐν συνεχείᾳ, μὲ ἡρέμους ἀναπνευστικὰς κινήσεις καὶ κλειστὸν στόμα, προωθεῖ τὸν σωλῆνα, ὅστις φθάνει μέχρι τοῦ φάρυγγος, ὁπότε διὰ μερικῶν κινήσεων καταπόσεως, ἀποφευγόμενον χάρις εἰς νὰ συνοδευθοῦν ἀπὸ αἴσθημα ναυτίαςεως, ἀποφευγόμενον χάρις εἰς βαθείας εἰσπνοάς, διέρχεται τὸ δυσχερὲς τοῦτο σημεῖον, τὸ καὶ πλέον δυσάρεστον. Μὲ μικρὰν ὥθησιν καὶ μερικὰς κινήσεις καταπόσεως, ὁ σωλὴν φθάνει μέχρι τοῦ καρδιακοῦ στομίου καὶ εἰσέρχεται ἐντὸς τοῦ στομάχου.

Ἡ ἐν συνεχείᾳ προώθησις τοῦ σωλῆνος μέχρι τοῦ 12δακτύλου συντελεῖται ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ὑπὸ ἀκτινοσκοπικὸν ἔλεγχον. Θὰ ἐλέγξωμεν οὕτω καὶ θ' ἀπαφύγωμεν τὴν ἐντὸς τοῦ στομάχου ἀναδίπλωσίν του, διευκολύνοντες τὴν διόδον διὰ τοῦ πυλωροῦ. Ἡ φάσις αὕτη ποικίλλει χρονικῶς, ἀναλόγως τῶν τοπικῶν συνθηκῶν, ἥτοι σπασμοῦ τοῦ πυλωροῦ, ὅστις, ὅταν εἶναι μόνιμος, ἀποτελεῖ τὸ κυριώτερον αἷτιον ἀποτυχίας τοῦ καθετηριασμοῦ. Ἐνίοτε ἀπαιτοῦνται πολλαὶ ὥραι πρὶν ἢ ὁ καθετὴρ εἰσέλθῃ ἐντὸς τοῦ 12δακτύλου. Ἐλλείψει ἀκτινολογικοῦ ἐλέγχου δὲν θὰ λάβωμεν ὑπ' ὄψιν τοὺς ἀριθμοὺς τοῦ καθετήρος. Θὰ προσέχωμεν ἐὰν ἐκ τοῦ σωλῆνος ρεῖν ἕν ὑγρὸν χρώματος κιτρίνου χρυσοῦ, ὁπότε εὐρισκόμεθα ἐντὸς τοῦ 12δακτύλου. Ἐὰν ρεῖν ἕν θολὸν ὑγρὸν, διὰ τοῦ χάρτου ἡλιοτροπίου θὰ ἐλέγξωμεν ἐὰν τοῦτο εἶναι ὄξινον ἢ ἀλκαλικόν. Ἐὰν δὲν ρεῖν τίποτε διὰ τοῦ σωλῆνος, διὰ μιᾶς σύριγγος θὰ εἰσαγάγωμεν ἀέρα, ὅστις θὰ ἐκφράξῃ τὴν ἑλαίαν. Κατὰ τὴν ἀναρρόφησιν, ἐὰν ἐξάγωμεν ἀέρα, τοῦτο σημαίνει ὅτι εὐρισκόμεθα ἐντὸς τοῦ στομάχου, ἐνῶ, ἐὰν εὐρισκόμεθα ἐντὸς τοῦ 12δακτύλου, θὰ αἰσθανθῶμεν μίαν ἀντίστασιν (δωδεκαδακτυλικὴ ἀντίστασις τοῦ Hollander).

Ἡ ἀνωτέρω τεχνικὴ ἔχει ἀπλοποιηθῆ καὶ ἡ διάρκειά της ἔχει ἐξαιρετικῶς συντομευθῆ, χάρις εἰς τὴν χρησιμοποίησιν σωλῆνων, οἵτινες περιέχουν μετάλλινον σύρμα. Ὁ Schlumberger ἐπενόησεν ἕνα τοιοῦτον εὐκαμπτον σωλῆνα μὲ ἐσωτερικὸν κινητὸν σύρμα. Τὸ ἔξω ἄκρον τοῦ σωλῆνος καταλήγει εἰς ἕν μεταλλικὸν Υ, εἰς τὸ ὁποῖον ἐφαρμόζεται μία σύριγγ. Δυνάμεθα οὕτω νὰ προβαίνωμεν συγχρόνως εἰς τὴν ἀναρρόφησιν καὶ τὴν ἔγχυσιν ὑγροῦ. Ἡ προώθησις τοῦ καθετήρος τούτου εἶναι εὐχερεστάτη, ἡ δὲ διαδικασία αὕτη δὲν διαρκεῖ πέραν τῶν 5 ἕως 15 λεπτῶν.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΘΗΤΗΡΙΑΣΜΟΥ

“Αμα τῇ εἰσαγωγῇ τοῦ καθητήρος ἐντός τοῦ 12δακτύλου ρέει ἕν ὑγρὸν χρυσοκιτρίνου χρώματος. Εἶναι ἡ χολὴ Α τῶν κλασσικῶν συγγραφῶν. Ἐν συνεχείᾳ γίνεται ἔγχυσις 30—40 κυβ. ἐκατ. χλιαρᾶς διαλύσεως 33% θειϊκῆς μαγνησίας. Μετὰ πάροδον μικροῦ χρονικοῦ διαστήματος ρέει ἐκ νέου διὰ τοῦ σωλῆνος ἕν ὑγρὸν καὶ αὐτὸ χρυσοκιτρίνου χρώματος καὶ ἀποτόμως ἐμφανίζεται μία χολὴ σκοτεινοῦ χρώματος, πρασινοκιτρίνη ἢ καστανόχρους, γλοιώδης, ἐπὶ ἀρκετὸν χρονικὸν διάστημα. Εἶναι ἡ χολὴ Β, τῆς ὁποίας συλλέγομεν 30—40 κυβ. ἐκατ. Τέλος τὸ χρῶμα τῆς χολῆς γίνεται ἀνοικτότερον, εἶναι δὲ ὀλιγώτερον πυκνῆ. Πρόκειται περὶ τῆς χολῆς Γ.

Οἱ πλεῖστοι τῶν συγγραφῶν παραδέχονται, ὅτι ἡ χολὴ Β προέρχεται ἐκ τῆς χοληδόχου κύστεως, ἂν καὶ παρατηρεῖται χολὴ χρώματος λίαν σκοτεινοῦ, σχεδὸν μέλαινα, καὶ ἥτις προέρχεται ἐκ τοῦ χοληδόχου πόρου, παρατηρεῖται δὲ εἰς ἄτομα ἔχοντα ὑποστῆ τὴν χολοκυστεκτομήν. Δέον ἐπίσης νὰ τονισθῇ, ὅτι ἡ δοκιμασία μὲ τὴν θειϊκὴν μαγνησίαν προκαλεῖ ὄχι μόνον τὴν ἐκκένωσιν τῆς χοληδόχου κύστεως, ἀλλὰ καὶ ἀφθονον ἀπέκκρισιν ἡπατικῆς χολῆς. Λαμβανομένου δὲ ὑπ’ ὄψιν ὅτι προκαλεῖ καὶ τὴν χαλάρωσιν τοῦ σφιγκτήρος τοῦ Oddi, δημιουργεῖ οὕτω καὶ μίαν θαυμασίαν ἀποχέτευσιν ἡπατικῆς χολῆς, οὕτως ὥστε νὰ θεωρηθῆται πλέον ὁ καθητηριασμὸς τοῦ 12δακτύλου ὡς ἄριστον θεραπευτικὸν μέσον καὶ οὐχὶ μόνον διαγνωστικόν.

Τὰ δεδομένα ταῦτα καὶ ὁ διαχωρισμὸς τῆς χολῆς εἰς Α (τῶν πόρων), Β (τῆς χοληδόχου) καὶ Γ (τοῦ ἥπατος) ἦσαν γενικῶς παραδεκτὰ ἀπὸ ὄλους τοὺς εἰδικῶς ἀσχολουμένους μὲ τὰ νοσήματα τῶν χοληφόρων ὁδῶν. Ἐθεωρεῖτο δὲ ἡ δοκιμασία κατὰ Meltzer—Lyon ὡς κύριον μέσον μελέτης τῆς χολῆς Β. Ἀναλόγως δὲ τῶν ἀποτελεσμάτων ἔκρινον, ἂν καὶ κατὰ πόσον ἡ λειτουργία τῆς κύστεως ἦτο φυσιολογική, ἂν ὑπῆρχεν ἀπόφραξις ταύτης, λοιμῶξις, στάσις λόγῳ ἀτονίας κλπ.

Σὺν τῷ χρόνῳ ὅμως ἡ μέθοδος αὕτη ἐβελτιώθη τόσο, ὥστε νὰ ἐπιτρέπη δυσχερεστάτας διαγνώσεις ὅσον ἀφορᾷ ἀλλοιώσεις ὄχι μόνον τῆς χοληδόχου, ἀλλὰ καὶ ὀλοκλήρου τοῦ συστήματος.

Αἱ πρῶται ἐργασίαι αἱ μεταβαλοῦσαι ἄρδην τὰ μέχρι τοῦδε παραδεγεμένα προέρχονται ἀπὸ τοὺς Νοτιοαμερικανοὺς συγγραφεῖς καὶ ἰδίως τοὺς Varela—Lopez, Varela—Fuentes καὶ Martinez Prado. Ἡ μέθοδος αὕτη ἐφηρμόσθη ἕν συνεχείᾳ καὶ ἐβελτιώθη ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἐρμηνείαν ἀπὸ τοὺς Γάλλους Guy Albot καὶ J. Caroli ἀπὸ

του 1949 και έντεϋθεν. Οὔτοι συνέκρινον κυρίως τὰ ἀποτελέσματα του καθητηριασμοῦ με τὰ ἀνευρισκόμενα διὰ τῆς ἀκτινομανομετρίας, ἐπιφέροντες ὠρισμένας τροποποιήσεις καὶ βελτιώσεις.

Οἱ Νοτιοαμερικανοὶ συγγραφεῖς δὲν παραδέχονται τοὺς τρεῖς κλασσικοὺς χρόνους, τοὺς ὁποίους περιεγράψαμεν, ἤτοι τὴν χολὴν Α, Β καὶ Γ, ἀλλὰ εἰς τὸν φυσιολογικὸν καθητηριασμὸν διακρίνουν πέντε χρόνους, οἵτινες δὲν ἀντιστοιχοῦν εἰς τοὺς τρεῖς κλασσικοὺς. Ἐπίσης ἀντὶ θεϊκῆς μαγνησίας χρησιμοποιοῦν 40 κυβ. ἑκατ. θερμοῦ ἐλαιολάδου, τὸ ὁποῖον διὰ τοῦ καθητηρος ἐγχύνεται βραδέως. Καὶ τοῦτο διότι τὸ ἐλαϊόλαδον δὲν ἀναμιγνύεται, ἀλλὰ ἐπιπλέει τῶν 12δακτυλικῶν ὑγρῶν, τὰ ὁποῖα οὕτω ἀποχωρίζονται καὶ διακρίνονται εὐκολώτερον.

Χάρις εἰς τὴν νέαν ταύτην μέθοδον δυνάμεθα ν' ἀντιληφθῶμεν τὴν λειτουργικὴν κατάστασιν τῶν σφιγκτήρων τοῦ κυστικοῦ πόρου (Lütkens) καὶ τοῦ Oddi, τῶν ὁποίων αἱ διαταραχαὶ εὐθύνονται ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον διὰ τὰς λεγομένας δυσκινησίας. Μέχρι τοῦδε ἡ διάγνωσις τῶν δυσκινησιῶν αὐτῶν ἦτο διάγνωσις ἐξ ἀποκλεισμοῦ, ἐγένετο δηλαδὴ ἔάν καὶ ἐφ' ὅσον ἀπεκλείετο μία ὀργανικὴ βλάβη τῆς χοληδόχου κύστεως καὶ τοῦ κοινοῦ χοληδόχου πόρου. Τὰ ἀποτελέσματα τοῦ καθητηριασμοῦ τοῦ 12δακτύλου δίδουν ἄμεσον σχεδὸν ἀπάντησιν εἰς τὸ πρόβλημα τῶν δυσκινησιῶν, τὸ ὁποῖον εἶναι σπουδαιότατον, ἔάν λάβωμεν ὑπ' ὄψιν ὅτι οἱ ἡμῖσις περίπτου τῶν ἀσθενῶν, ἐκ τῶν παραπονουμένων δι' ἐνοχλήματα χολοκυστικά, πάσχουν ἀκριβῶς ἐκ μιᾶς τῶν ἄνω διαταραχῶν.

Ὅπως ἀνεφέραμεν ἤδη, διακρίνομεν, ἀντὶ τῶν τριῶν κλασσικῶν, πέντε ἀλληλοδιαδόχους χρόνους εἰς τὸν καθητηριασμὸν τοῦ δωδεκαδακτύλου (βλέπε σχετικὸν πίνακα) :

1ος Χρόνος: Τοῦ χοληδόχου πόρου. Ὅταν ὁ ἄρρωστος εἶναι νησις, δὲν ὑπάρχει χολὴ ἐντὸς τοῦ 12δακτύλου. Μόλις ἡ ἐλαία τοῦ καθητηρος φθάσῃ ἐντὸς τῆς 2ας μοίρας, ἄρχεται ἡ ροὴ τοῦ 12δακτυτικοῦ ὑγροῦ. Ὁ καθητὴρ δρᾷ μηχανικῶς, ἐρεθίζει καὶ προκαλεῖ τὴν διάνοξιν τοῦ σφιγκτήρος τοῦ Oddi. Τοιοῦτοτρόπως τὰ πρῶτα 10 ἕως 15 κυβ. ἑκατ. τοῦ 12δακτυτικοῦ ὑγροῦ ἀποτελοῦνται ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ἀπὸ χολῆν, ἣτις ἐπὶ ὥρας ἔχει παραμείνει ἐντὸς τοῦ χοληδόχου πόρου. Ἡ χολὴ αὕτη εἶναι διαφανῆς, χρώματος κιτρίνου χρυσοῦ, ἄνευ ἰζήματος, ἐλάχιστα γλοιώδης. Περιέχει 6 ἕως 13 χιλιοστογρ. % χολερυθρίνης. Ὁ ἀπαραίτητος οὗτος προσδιορισμὸς θὰ μᾶς βοηθήσῃ εἰς τὸ νὰ ἐκτιμήσωμεν τὸν βαθμὸν

συμπυκνώσεως τῆς χολῆς κατὰ τὴν παραμονὴν τῆς ἐντὸς τῆς χοληδόχου.

Ἡ ἀνοικτοῦ χρώματος χολή, ἥτις ρεεῖ ἐν συνεχείᾳ, κατὰ τὸ μᾶλλον ἢ ἥττον συνεχῶς, εἶναι χολή ἥπατική, προσφάτως ἀπεκκριθεῖσα, χρώματος κιτρίνου λαμπροῦ, πλέον ἀνοικτοῦ τοῦ κιτρίνου χρυσοῦ, λόγω τῆς μικροτέρας συμπυκνώσεώς της εἰς χολερυθρίνην (3—5% milligr). Ὁ χρόνος οὗτος τοῦ χοληδόχου πόρου διαρκεῖ ἐφ' ὅσον ὁ καθητῆρ παραμένει ἐντὸς τοῦ 12δακτύλου, ἥτοι εἶναι συνεχῆς, παύει δὲ ὅταν συσπασθῇ ὁ Oddi μόλις ἀφαιρεθῇ ὁ καθητῆρ ἢ μόλις εἰσαχθῇ ἐντὸς τοῦ 12δακτύλου ἐν εἰδικὸν ἐρεθιστικὸν ὑγρὸν.

Εἰς τινὰς περιπτώσεις τὸ 12δακτυλικὸν ὑγρὸν εἶναι διαυγές, μὴ περιέχον χολήν, διότι ὁ σφιγκτῆρ τοῦ Oddi παραμένει κλειστός. Ἄρκει ἡ ἔγχυσις διὰ τοῦ καθητῆρος μικρᾶς ποσότητος φυσιολογικοῦ ὀροῦ, ἵνα προκληθῇ ἡ διάνοξις τοῦ σφιγκτῆρος.

Ἄφοῦ περισυλλέξωμεν τὴν ἀπαιτουμένην ποσότητα χολῆς, θὰ πρέπη, δι' ἐρεθισμοῦ, νὰ προκαλέσωμεν τὴν σύσπασιν τῆς χοληδόχου κύστεως. Πρὸς τοῦτο εἰσάγομεν 40 κυβ. ἐκ. θερμοῦ ἐλαιολάδου. Ἡ ἔγχυσις αὕτη θὰ ἔξη ὡς ἄμεσον ἀποτέλεσμα τὴν σύσπασιν τοῦ σφιγκτῆρος τοῦ Oddi, ὁπότε παύει καὶ ἡ διὰ τοῦ καθητῆρος ροὴ τῆς χολῆς. Εἶναι ὁ:

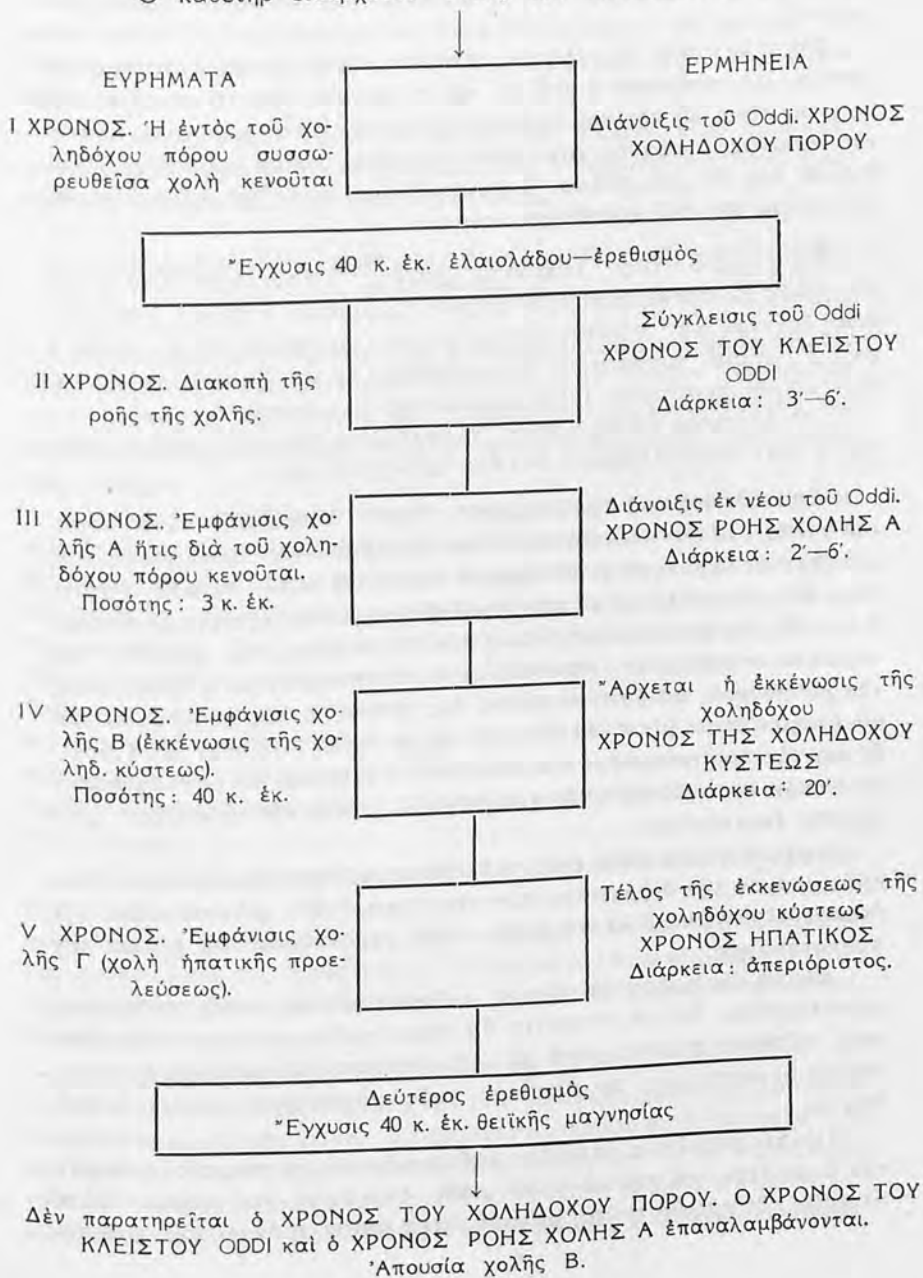
2ος Χρόνος: Χρόνος τοῦ κλειστοῦ Oddi. Οὗτος διαρκεῖ φυσιολογικῶς τρία ἕως ἕξ λεπτά.

3ος Χρόνος: Ὁ χρόνος τῆς χολῆς Α. Μετὰ τὴν πάρον τοῦ ἄνω χρονικοῦ διαστήματος, ὁ σφιγκτῆρ ἀνοίγει καὶ ρεεῖ μία χολή χρώματος κιτρίνου χρυσοῦ ἢ λαμπροῦ, ἡ ὁποία εἶναι ἡ χολή Α. Αὕτη εὑρίσκεται εἰς τὸν ἥπατικὸν καὶ χοληδόχον πόρον, ἀποβάλλεται δὲ πρὸ τῆς ροῆς τῆς ἐν τῇ κύστει περιεχομένης χολῆς. Κατὰ τὸν δεύτερον αὐτὸν χρόνον καὶ μόλις πραγματοποιηθῇ ἡ σύγκλεισις τοῦ Oddi, ἡ χοληδόχος συσπᾶται καὶ ἀρχίζει νὰ ἐκκενῶνῃ τὸ περιεχόμενον της. Τὸ χρονικὸν διάστημα τὸ ὁποῖον ἀπαιτεῖται, ἵνα ἡ χολή αὕτη διέλθῃ διὰ τοῦ κυστικοῦ πόρου καὶ τοῦ χοληδόχου καὶ ἐμφανισθῇ ἐντὸς τοῦ 12δακτύλου, προσδιορίζει τὸν χρόνον ροῆς τῆς χολῆς Α. Ὁ χρόνος οὗτος διαρκεῖ δύο ἕως ἕξ λεπτά, κατὰ τὰ ὁποῖα ρεεῖ μία ποσότης 1 ἕως 2 κυβ. ἐκατ. κατὰ λεπτόν.

4ος Χρόνος: Χρόνος τῆς χοληδόχου ἢ χολῆς Β. Συνήθως ἀποτόμως ἐμφανίζεται μία χολή περισσότερον σκοτεινοῦ χρώματος, ἡ χολή Β. Ἡ ροὴ της εἶναι βραδεῖα καὶ ἀρκετὰ συνεχῆς μέχρις ὅτου

ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΚΑΘΕΤΗΡΙΑΣΜΟΥ

Ὁ καθετήρ εισέρχεται ἐντὸς τοῦ δωδεκαδακτύλου



άντικατασταθῆ ἕκ νέου καί κατόπιν μικρᾶς μεταβατικῆς περιόδου, ἀπό μίαν χολῆν ἀνοικτοτέρου χρώματος, ἥπατικῆς προελεύσεως, τὴν χολῆν Γ.

Φυσιολογικῶς ἡ χολῆ Β κενοῦται τελειῶς εἰς διάστημα 20 λεπτῶν, εἰς ποσότητα 2 κυβ. ἐκ. κατὰ λεπτόν, ἤτοι ἡ συνολικὴ τῆς ποσότης εἶναι 40 περίπου κυβικά ἑκατοστά. Εἶναι χρώματος καστανοῦ Ἄβάνας, διαφανῆς, ἄνευ ἐναιωρήματος, στείρα μικροβίων. Περιέχει 40 ἕως 70 χιλιοστογρ. % χολερυθρίνης, ἤτοι εἶναι 4 ἕως 5 φορές πυκνότερα τῆς τοῦ χοληδόχου πόρου.

5 ος χρόνος: Ἡπατικός χρόνος. "Ὅταν τερματισθῆ ἡ ροὴ τῆς χολῆς Β, ἐπανεμφανίζεται ἡ χολῆ χρώματος κιτρίνου λαμπροῦ. Αὕτη ἔρχεται κατ' εὐθείαν ἕκ τῆς κυρίας χοληφόρου ὁδοῦ. Εἶναι ἡ χολῆ Γ, μίγμα προσφάτως ἀπεκκριθείσης ἕκ τοῦ ἥπατος χολῆς καί λίαν μικρᾶς ποσότητος 12δακτυλικοῦ καί παγκρεατικοῦ ὕγρου.

Ὁ ἥπατικός αὐτὸς χρόνος τερματίζεται ὅταν ἀφαιρεθῆ ὁ καθετήρ ἢ ὅταν προκαλέσωμεν ἕνα δεύτερον ἐρεθισμὸν.

Ἐπανάληψις τοῦ ἐρεθίσματος: Ἀφοῦ ἀποβληθῆ ἰκανὴ ποσότης χολῆς Γ, ἐπαναλαμβάνομεν τὸν ἐρεθισμὸν τῆς συσπάσεως τῆς χοληδόχου, ἐγχύνοντες τὴν φορὰν αὐτὴν 30 κ.ἐκ. θειϊκῆς μαγνησίας 33%, ἵνα ἐλέγξωμεν ἂν ἡ χοληδόχος κύστις ἐξεκενώθη πλήρως ἢ ὄχι. Εἰς τὰ φυσιολογικά ἄτομα δὲν ἐπανεμφανίζεται χολῆ Β. Εἰς ἀντίθετον περίπτωσιν, ἂν παρέμεινε συμπεπυκνωμένη χολῆ ἐντὸς τῆς χοληδόχου, θὰ ἐπαναληφθῆ ὁ 4ος χρόνος, ὁ τῆς χοληδόχου, καί θὰ ἔχωμεν οὕτω μίαν νέαν ποσότητα χολῆς Β, ἥτις δέον νὰ προστεθῆ εἰς τὴν προηγουμένως συλλεγεῖσαν, ὅποτε καί θὰ ὑπολογίσωμεν τὸ ὅλικόν περιεχόμενον τῆς χοληδόχου ὡς καί τὸν συνολικὸν χρόνον τῆς ἐκκενώσεως.

Κατὰ τὴν ἐκτέλεσιν ἐνὸς καθετηριασμοῦ θὰ σημειώσωμεν διὰ κάθε χρόνον τὴν διάρκειαν, τὴν ποσότητα, τὸν τρόπον ροῆς, τὴν ἐκκενωθεῖσαν ἀνά 5 λεπτά χολῆν, τοὺς χαρακτήρας τῆς ὡς καί τὴν πυκνότητά τῆς.

Εἰς τὰ φυσιολογικά ἄτομα οὐδεμία ὑποκειμενικὴ ἐκδήλωσις παρατηρεῖται. Εἰς τὰ νοσοῦντα θὰ παρατηρήσωμεν ναυτίαισιν, ἐμέτους, αἴσθημα καύσου κατὰ τὸ ἐπιγάστριον καί κυρίως πόνους, οἵτινες δύνανται νὰ προσλάβουν τοὺς χαρακτήρας κωλικοῦ τοῦ ἥπατος.

Πρέπει ἐπομένως κατὰ τὸν καθετηριασμὸν νὰ παρακολουθῶμεν τὸν ἄρρωστον, νὰ σημειώσωμεν κάθε ἐνόχλημα καί κυρίως πότε ἀκριβῶς ἐξεδηλώθη τοῦτο, δηλαδὴ κατὰ ποῖον χρόνον τοῦ καθετη-

ριασμοῦ καὶ τὰς ὁμοιότητας ἅς ἐμφανίζει μὲ τὰ συνήθη ἐνοχλήματα τοῦ ἀρρώστου. Αἱ ἀνωμαλῖαι αὗται τῶν διαφόρων παραγόντων εἶναι ἱκαναὶ νὰ μᾶς ἐπιτρέψουν τὸν προσδιορισμὸν τῆς φύσεως τῶν διαφόρων αὐτῶν ἐνοχλημάτων τῆς χοληδόχου καὶ τῶν χοληφόρων ὁδῶν.

Εἰς τὸ κεφάλαιον περὶ δυσκινησιῶν θὰ ἴδωμεν πῶς δυνάμεθα νὰ ἐρμηνεύσωμεν τὰς παρατηρηθησομένας ἀνωμαλίας κατὰ τὴν διάρκειαν ἐνὸς καθητηριασμοῦ τοῦ 12δακτύλου.

Γ' Ἡ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΙΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ (ΧΟΛΟΚΥΣΤΟΓΡΑΦΙΑ)

Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις τῆς χοληδόχου κύστεως, χάρις εἰς τὴν ἀπλοποιηθεῖσαν καὶ ἀκίνδυνον τεχνικὴν μὲ τὴν ὁποίαν ἐπιτυγχάνεται ἡ χρῶσις τῆς, ἐπεβλήθη ὡς ἀπαραίτητος πλέον ἔλεγχος τοῦ ὀργάνου τούτου, λόγῳ τῶν πολυτιμοτάτων πληροφοριῶν τὰς ὁποίας μᾶς παρέχει.

Ἡ ἀκτινολογικὴ αὕτη ἔρευνα πραγματοποιεῖται ἄνευ ἢ κατόπιν ἐιδικῆς προετοιμασίας. Ἡ ἄνευ χρώσεως ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις—ἢ λεγομένη ἀπλῆ ἀκτινογραφία— θὰ μᾶς ἀποκαλύψῃ ἀρκετὰ συχνὰ τὴν ὑπαρξιν λίθων, πολὺ ὅμως σπανιώτερον αὐτὴν ταύτην τὴν σκιάν τῆς χοληδόχου. Θὰ προβῶμεν ὡσαύτως εἰς τὴν ἔμμεσον ἐξέτασιν τῆς χολ. κύστεως, ἐρευνῶντες τυχὸν ἀλλοιώσεις τῶν γειτονικῶν τῆς ὀργάνων—στομάχου, πυλωροῦ, 12δακτύλου, κόλου— ὀφειλομένας εἰς αὐτὴν, ὅπως μίαν πίεσιν τοῦ βολβοῦ τοῦ 12δακτύλου, τὸν ὁποῖον εἰς αὐτὴν, ὅπως μίαν πίεσιν τοῦ βολβοῦ τοῦ 12δακτύλου, τὸν ὁποῖον παραμορφῶνει, ἀλλοιώσεις τοῦ στομάχου καὶ κόλου λόγῳ συμφο-
σεων ἢ κινητικὰς διαταραχὰς τούτων ἐκ σπασμοῦ, λόγῳ φλεγμονῆς τῆς κύστεως.

Διὰ τῆς χολοκυστογραφίας, ἐξ ἄλλου, θὰ ἐξετάσωμεν ὄχι μόνον τὴν μορφολογίαν ἢ τὸ περιεχόμενον τῆς κύστεως, ἀλλὰ καὶ τὴν φυσιολογικὴν λειτουργίαν τῆς, ἥτοι τὰς ἀλλοιώσεις τοῦ τόνου καὶ τῆς συσταλτικῆς τῆς ἱκανότητος. Ἡ ἐρμηνεῖα ἐπομένως τῶν ἀκτινολογικῶν εὐρημάτων προϋποθέτει καὶ τὴν γνῶσιν ὠρισμένων φυσιολογικῶν δεδομένων.

Ἡ ἐξέτασις αὕτη βασίζεται ἐπὶ τῆς ἐργασίας τῶν Abel καὶ Rowntree, οἵτινες ἀνεκάλυψαν ὅτι μία ὠρισμένη χρωστικὴ οὐσία, ἢ τετραΐωδοφαινολοφθαλεΐνη, ἀπεκκρίνεται σχεδὸν ἐξ ὀλοκλήρου διὰ τοῦ ἥπατος. Τὴν ἰδιότητα ταύτην ἐξεμεταλλεύθη κατὰ θαυμάσιον τρόπον ὁ Graham, ὅπως ἐπιτύχῃ καὶ καταστήσῃ ὄρατὴν ἀκτινολογικῶς τὴν χοληδόχον. Τὸ ἰωδιοῦχον αὐτὸ προϊόν, ἐνίμενον ἐνδοφλε-

βίως ή λαμβανόμενον από τοῦ στόματος, εἰσέρχεται ἐντός τῆς κυκλοφορίας καί ὀδηγεῖται πρὸς τὸ ἥπαρ, ὅπου καί συγκρατεῖται ἀπὸ τὰ κύτταρα τοῦ Kupffer. Ἐν συνεχείᾳ τὰ κύτταρα τοῦ ἥπατικοῦ παρεγχύματος διὰ τῆς χολῆς τὴν ἀπεκκρίνουν ἐντός τῶν ἥπατικῶν πόρων καί ἐντός τῆς χοληδόχου κύστεως. Ἐκεῖ, ὡς γνωστόν, ἡ χολὴ συμπυκνοῦται δι' ἀπορροφήσεως τοῦ ὕδατος καί ἡ κύστις καθίσταται τόσον μᾶλλον ἀδιαφανῆς εἰς τὰς ἀκτῖνας, ὅσον μεγαλυτέρα εἶναι καί ἡ συμπύκνωσις.

Ἵνα ἐπομένως καταστῆ ὀρατὴ ἡ χοληδόχος κύστις, ἵνα δηλαδὴ ἔχωμεν θετικὴν χολοκυστογραφίαν, θὰ πρέπει νὰ πληροῦνται ὀρισμένοι ὅροι :

- 1) Νὰ χορηγηθῆ ἱκανοποιητικὴ ποσότης χρωστικῆς οὐσίας.
- 2) Ἡ χρωστικὴ οὐσία ν' ἀπορροφηθῆ ἀπὸ τὸν ἐντερικὸν βλεννογόνον.
- 3) Τὸ ἥπαρ νὰ εἶναι ἱκανὸν νὰ τὴν ἀπεκκρίνη.
- 4) Νὰ εἶναι ἐλεύθεροι οἱ χοληδόχοι πόροι.
- 5) Ἡ χοληδόχος κύστις νὰ ἔχη τὴν ἱκανότητα νὰ προσλάβῃ καὶ ν' ἀποβάλλῃ τὴν χρωστικὴν οὐσίαν.
- 6) Νὰ εἶναι φυσιολογικὴ ἢ συγκεντρωτικὴ ἱκανότης τῆς χοληδόχου.
- 7) Ἡ χοληδόχος κύστις νὰ μὴ εἶναι πλήρης ξένων οὐσιῶν ἢ σωμάτων, ἅτινα νὰ ἐμποδίζουσι τὴν εἴσοδον τῆς χολῆς.
- 8) Ὁ μηχανισμὸς τῆς λειτουργίας τοῦ Oddi νὰ εἶναι φυσιολογικός.

ΤΕΧΝΙΚΗ

Διὰ τὴν χρώσιν τῆς χοληδόχου ἔχομεν δύο μεθόδους: τὴν ἐνδοφλέβιον καί τὴν per os χορήγησιν τοῦ νατριούχου ἁλατος τῆς τετραῖωδοφαινολοφθαλεῖνης μὲ περιεκτικότητα εἰς ἰώδιον 61%.

Ἡ ἐνδοφλέβιος χορήγησις εἶναι πλέον ἀκριβής, ἀποφεύγεται ὅμως λόγῳ ὀρισμένων συμβαμάτων — choc, τοπικὴ σκληρυνσις ἢ φλεγμονὴ τῶν φλεβῶν, κεφαλαλγία, ἔμετος, διάχυτα ἄλλα. Μετὰ τὴν ἔνεσιν 3 ἕως 4 γραμμαρίων τῆς οὐσίας ταύτης, ἡ λήψις τῶν ἀκτινογραφίων γίνεται μετὰ 4 καί μετὰ 8 ὥρας. Ἡ χοληδόχος κύστις καθίσταται ὀρατὴ ἀπὸ τῆς τρίτης ἤδη ὥρας, τὴν δὲ ὀγδόην ὥραν ἔχομεν τὴν μεγαλυτέραν συμπύκνωσιν καί τὸ μεγαλύτερον μέγεθος. Μετὰ πάροδον 36 ὥρων ἡ σκιά ἐξαφανίζεται.

Ἡ διὰ τοῦ στόματος λήψις τῆς σκιερᾶς οὐσίας ἔχει σήμερον πλήρως ἀντικαταστήσει τὴν ἐνδοφλέβιον, λόγῳ τοῦ τελείως

άκινδύνου αὐτῆς, συντελέσασα οὕτως εἰς τὴν ἀπλούστευσιν τῆς μελέτης τῆς χοληδόχου κύστεως.

Κατὰ τὴν μέθοδον τοῦ Sandström, ἡ ὀλικὴ ποσότης τῆς χρωστικῆς οὐσίας χορηγεῖται ἀπὸ τοῦ στόματος εἰς τρεῖς ἴσας δόσεις, μίαν ἀνὰ δωδεκάωρον, καὶ ἡ λήψις τῶν ἀκτινογραφιῶν γίνεται 36 ὥρας μετὰ τὴν πρώτην δόσιν. Ἡ μέθοδος ὁμως αὕτη παρουσιάζει ὠρισμένα μειονεκτήματα, δεδομένου ὅτι καθ' ὄλον τὸ μακρὸν χρονικὸν διάστημα προπαρασκευῆς ἢ χορήγησις τροφῆς, παρά τὴν ἔλλειψιν λιπαρῶν, δυνατόν νὰ προκαλέσῃ τὴν ἐκκένωσιν τῆς χοληδόχου.

Ἡ σημερινὴ ἀπλούστευσις καὶ τὰ ἄριστα ἀποτελέσματα τῆς χολοκυστογραφίας per os ὀφείλονται εἰς τὴν χρῆσιν μιᾶς νέας χρωστικῆς οὐσίας, τοῦ acide phenyl propionique, μὴ διαλυτῆς ἐν τῷ ὕδατι καὶ περιεχοῦσης 51% περίπου ἰώδιον. Ἀπορροφᾶται τελείως καὶ ταχύτατα ἐντὸς τοῦ πεπτικοῦ σωλήνος, ἀπὸ ὅπου μεταφέρεται εἰς τὸ ἥπαρ, ἀπεκκρίνεται ἐντὸς τῆς χοληδόχου καὶ ἀποβάλλεται τοῦ ὀργανισμοῦ διὰ τῶν νεφρῶν. Εὐρίσκεται εἰς δισκία τῶν 0 gr. 50. Χορηγοῦμεν ἐφ' ἅπαξ 6 ἕως 9 δισκία ἀπὸ τῆς ἀρχῆς μέχρι τοῦ τέλους τοῦ γεύματος ὅπερ προηγεῖται τῆς ἐξετάσεως, ἥτοι 12 ἕως 16 ὥρας πρὸ τῆς λήψεως τῶν ἀκτινογραφιῶν. Εἰς τὸ ἐμπόριον φέρεται ὑπὸ τὰ ὀνόματα Bilisection, Priodax, Pheniodol. Ὁ ἄρρωστος πρέπει, μετὰ τὴν λήψιν τῶν φαρμάκων, νὰ μείνῃ τελείως νηστis, μὴ λαμβάνων οὔτε κἂν ὕδωρ, ν' ἀποφύγῃ δὲ κάθε ψυχικὸν παράγοντα δυνάμενον νὰ προκαλέσῃ τὴν σύσπασιν τῆς χοληδόχου. Ἐπίσης καλὸν εἶναι νὰ χορηγητῇ ἐν συνεχείᾳ τῶν φαρμάκων καὶ ἐν ὀπιούχον, τὸ ὁποῖον ὄχι μόνον ἐμποδίζει τὰς τυχόν διαρροϊκὰς κενώσεις, ἀλλὰ κυρίως διότι προκαλεῖ σύσπασιν τοῦ σφιγκτήρος τοῦ Oddi, ὁπότε πληροῦται καλλίτερον ἡ χοληδόχος.

Εἰς περίπτωσιν ἀρνητικῆς ἀκτινογραφίας δὲν πρέπει νὰ καταλήξωμεν ἐσπευσμένως εἰς τὴν διάγνωσιν χολοκυστοπαθείας, πρὶν ἢ ἐφαρμόσωμεν τὴν μέθοδον τοῦ Chiray, τῆς λεγομένης ἐπιχρώσεως (surimpregnation). Τὸ αὐτὸ ἐσπέρας τῆς ἀρνητικῆς χολοκυστογραφίας χορηγοῦμεν ὑπὸ τοὺς αὐτοὺς ὄρους νέαν δόσιν φαρμάκου καὶ τὴν ἐπομένην πρωτῶν ἐπαναλαμβάνομεν τὰς ἀκτινογραφίας. Οὕτω πολλάκις ἀρνητικαὶ ἀκτινογραφίαι τῆς προηγουμένης ἀποδεικνύονται φυσιολογικώταται τὴν ἐπομένην.

Ἡ λήψις τῶν ἀκτινογραφιῶν δὲν πρέπει νὰ περιορίζεται εἰς τὴν πρηνῆ μόνον στάσιν, ὡς εἴθισται, ἀλλὰ καὶ εἰς ὑπτίαν, ὀρθίαν καὶ πλαγίαν. Θὰ ἴδωμεν ἐν συνεχείᾳ ποία εἶναι ἡ ἀξία τῶν οὕτω λαμβανόμενων ἀκτινογραφιῶν. Πρὸς τὸ παρὸν θὰ ἐπιμείνωμεν ἐπὶ ἐνὸς ἄλλου σημείου: Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις τῆς χοληδόχου δὲν εἶναι

δυνατόν νά θεωρηθῆ ὡς τερματισθεῖσα, ἐάν δέν συμπληρωθῆ καί ἀπό τήν λήψιν ἀκτινογραφίων κατόπιν χορηγήσεως γεύματος Boyden. Οὕτω μόνον θά ἀντιληφθῶμεν τήν λειτουργικήν ἰκανότητα τῆς χοληδόχου καί θά μελετήσωμεν τάς δυσκινησίας. Ἡ δοκιμασία αὕτη δέν ἀντενδείκνυται καί ὅταν διαπιστωθοῦν λίθοι, διότι οὐδέποτε προκαλεῖται κωλικός. Τούναντίον ἡ λήψις ἀκτινογραφίων ἐν σειρά, ἐν συνεχείᾳ τοῦ γεύματος, βοηθεῖ τά μέγιστα, διότι ἡ χρωστική οὐσία, ὅσον συσπᾶται ἡ χοληδόχος, περιβάλλει τοὺς μικροὺς καί ἀοράτους ἐντὸς ταύτης λίθους, οἵτινες διακρίνονται καλλίτερον, ἀπωθούμενοι συγχρόνως πρὸς τήν χοάνην καί τόν αὐχένα. Τὸ γεῦμα τοῦ Boyden—τὸ ὁποῖον συνήθως χορηγοῦν εἰκῆ καί ὡς ἔτυχεν— δέον ἀπαραιτήτως ν' ἀποτελεῖται ἀπὸ τρεῖς κρόκους ὧν κτυπητοὺς εἰς γάλα μὲ ὀλίγην ζάχαριν. Κάθε ἄλλη μετατροπὴ εἶναι περιττή.

Ἐπενθυμίζομεν ὅτι ἡ δοκιμασία αὕτη βασίζεται εἰς φυσιολογικά δεδομένα: τὸ λιπαρὸν γεῦμα προκαλεῖ μίαν σύσπασιν τοῦ μυϊκοῦ συστήματος τῆς χοληδόχου, ἰσχύος περίπου 25—30 ἐκ. στήλης ὕδατος, ὀφειλομένην εἰς μίαν ὁρμόνην, τήν «χολοκυστεοκίνησιν», ἣτις ἀπελευθεροῦται ἐντὸς τοῦ ἐντέρου τῆ παρούσας λιπῶν. Συγχρόνως μὲ τὴν σύσπασιν τῆς κύστεως, τὸ λιπαρὸν γεῦμα προκαλεῖ μίαν χάλασιν τοῦ σφιγκτήρος τοῦ Oddi, ἣτις διευκολύνει τὴν ἐκκένωσιν τοῦ περιεχομένου τῆς χοληδόχου ἐντὸς τοῦ ἐντέρου.

Ὁ Antionucci ἔχει προτείνει τὴν λεγομένην **ΤΑΧΕΪΑΝ ΧΟΛΟΚΥΣΤΟΓΡΑΦΙΑΝ**: χορηγεῖ ἐνδοφλεβίως 125 κυβ. ἐκ. ὑπερτονικοῦ σακχαροῦχοῦ ὁροῦ 40%. Μετὰ δέκα λεπτά τῆς ὥρας γίνεται ἡ ἐνδοφλεβίος ἔνεσις τοῦ τετραϊωδίου. Συγχρόνως, ἀλλὰ καί προαιρετικῶς, ὑποδόριος ἔνεσις 25 μονάδων ἰνσουλίνης. Ἡ λήψις τῶν ἀκτινογραφίων γίνεται μετὰ μίαν ὥραν. Ἡ μέθοδος αὕτη βασίζεται οὐχί εἰς τὴν συγκέντρωσιν τῆς σκιερᾶς οὐσίας, ἀλλὰ εἰς τὴν λόγῳ τῆς προκληθείσης ὑπεργλυκαιμίας ἀπότομον καί εἰς μεγάλην ποσότητα ἀπέκκρισιν ἐκ τοῦ ἥπατος τῆς κεχρωσμένης χολῆς. Ἀνάλογον φαινόμενον, ἐξ ἄλλου, παρατηρεῖται καί εἰς τοὺς διαβητικούς, ὅπου ἡ χοληδόχος πληροῦται ταχύτατα καί κενοῦται ἐπίσης ταχύτατα καί αὐτομάτως ἐντὸς 2 ἢ 3 ὥρων.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ

1) **Φυσιολογική χοληδόχος**: Ἀναλόγως τῆς ἀκολουθηθείσης μεθόδου, ἡ χοληδόχος κύστις πληροῦται καί διαγράφεται ἐντὸς τῶν προαναφερθέντων ὁρίων. Μὲ τὴν *per os* ἀπλοποιηθεῖσαν μέθοδον, αὕτη διαγράφεται μετὰ 14 ὥρας. Μερικοὶ συγγραφεῖς προτιμοῦν τὴν 16ην ὥραν. Τὸ σχῆμα ὡς καί ἡ

θέσις της ποικίλλουν, αναλόγως τῆς σωματικῆς διαπλάσεως τοῦ ἀρρώστου.

Εἰς τὰ ὑπερσθενικὰ ἄτομα ἡ χοληδόχος εἶναι στρογγύλη, μὲ ἀσχένα μὴ διαγραφόμενον, λόγω τῆς ὀπισθίας θέσεώς του. Αὕτη προβάλλει εἰς τὸ ὕψος τῆς 12ης ἢ 11ης, ἐνίοτε δὲ τῆς 10ης πλευρᾶς.

Εἰς τὰ ὀρθοσθενικὰ ἄτομα εἶναι ῥοειδῆς, τείνουσα νὰ γίνῃ ἀπιοειδῆς, ἐφ' ὅσον τὸ ἄτομον πλησιάζει τὸν τύπον τοῦ ὑποσθενικοῦ.

Εἰς τὰ ἀσθενικὰ ἄτομα ἡ χοληδόχος εἶναι λιαν ἐπιμήκης, μὲ μέγαλον ἀσχένα, ἐνῶ ὁ πυθμὴν της κατέρχεται καὶ κάτω τῆς λαγονίου γραμμῆς. Σημειωτέον ὅτι καθ' ὅλα φυσιολογικὰ χοληδόχοι δυνατόν νὰ εἶναι ἀνωμάλου σχήματος, λόγω μιᾶς συγγενοῦς ἀνωμαλίας, ὡς ἀνεφέραμεν ἀνωτέρω.

Ἀναλόγως ὅμως τῆς στάσεως τοῦ ἀρρώστου κατὰ τὴν ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν, ἀλλάσσει τὸ σχῆμα καὶ ἡ θέσις τῆς κύστεως. Οὕτως ἡ προηγηθεῖσα περιγραφή ἀντιστοιχεῖ εἰς τὰς περιπτώσεις, καθ' ἃς αἱ ἀκτινογραφίαι ἐλήφθησαν εἰς πρηνῆ θέσιν καὶ μὲ τὴν λυχνίαν ὑπερθεῖν.

Εἰς ὑπτίαν θέσιν ἡ χοληδόχος λαμβάνει θέσιν παράλληλον πρὸς τὰς πλευράς καὶ αναλόγως τῆς κινητικότητός της ἀνέρχεται ἀρκετὰ ὕψηλά. Ἡ στάσις αὕτη, ἐξ ἄλλου, εὐνοεῖ τὴν πλήρωσιν τοῦ ἀσχένου, ἐνίοτε καὶ αὐτοῦ τοῦ κυστικοῦ πόρου, οἱ δὲ τυχόν ὑπάρχοντες κινητοὶ λίθοι συναθροίζονται ἐντὸς τῆς χοάνης. Προσφάτως ἡ τεχνικὴ ἐβελτιώθη τὰ μέγιστα διὰ τῆς λήψεως ἀκτινογραφιῶν εἰς θέσιν πλαγίαν εἴτε τοῦ ἀρρώστου, εἴτε τῆς λυχνίας, ὅποτε κατορθοῦται ἡ σκιαγράφησις τῆς χοάνης, τοῦ κυστικοῦ πόρου καὶ αὐτοῦ τούτου τοῦ χοληδόχου πόρου. Ἡ ἐξέτασις θὰ συμπληρωθῇ διὰ τῆς λήψεως ἀκτινογραφιῶν εἰς ὀρθίαν θέσιν καὶ μὲ ἐλαφρὰν πίεσιν.

Ἐκκένωσις τῆς φυσιολογικῆς χοληδόχου: Εἶδομεν προηγουμένως πόσον ἀπαραίτητος εἶναι ἡ μελέτη τῆς ἐκκενώσεως τῆς χοληδόχου καὶ πῶς δεόν αὕτη νὰ προκληθῇ διὰ τῆς χορηγήσεως τοῦ γεύματος τοῦ Boyden. Καὶ φυσιολογικῶς, ἐννοεῖται, ἡ χοληδόχος θὰ ἐκκενωθῇ, ὅταν ἀποβληθῇ ἡ χολὴ μὲ τὴν φυσιολογικὴν σύσπασίν της, ἀφοῦ προηγουμένως συμπυκνωθῇ.

Μετὰ τὴν λήψιν τοῦ γεύματος, ἡ κύστις ἀλλάσσει σχῆμα. Ὁ πυθμὴν της ἀνέρχεται, αὕτη φέρεται ὀλίγον πρὸς τὰ ἔξω, ἡ γενικὴ ὄψις της εἶναι πλέον λεπτή, ἐνῶ ὁ ἀσχὴν ἐπιμηκύνεται. Εὐρισκόμεθα

εις τὸ προπαρασκευαστικὸν στάδιον. Ἀφοῦ παραμείνη οὕτω ἐπὶ τινα λεπτά, μεταπίπτει ταχέως εἰς τὸ στάδιον ἐκκενώσεως, καταλαμβάνουσα θέσιν ὑψηλοτέραν καὶ πλέον πρὸς τὰ ἔξω. Ὁ κυστικός πόρος πληρούμενος λαμβάνει διάφορα σχήματα. Ὅταν ἡ ἐκκένωσις εἶναι ταχεῖα, δυνατόν νὰ διαγραφῇ καὶ ὁ χοληδόχος πόρος. Κατὰ τὴν ἐκκένωσιν παρατηρεῖται ἀνύψωσις τοῦ πυθμένου τῆς χοληδόχου, εἰς δὲ πλαγίαν θέσιν φαίνεται νὰ προσγγίξῃ τὸ πρόσθιον κοιλιακὸν τοίχωμα.

Τὸ χρονικὸν διάστημα τὸ ὁποῖον μεσολαβεῖ μεταξύ τοῦ σταδίου ἀναπαύσεως καὶ τοῦ σταδίου ἐκκενώσεως — κατόπιν λήψεως τοῦ γεύματος Boyden — ποικίλλει ἀπὸ δύο ἕως τριάκοντα λεπτά καὶ τοῦτο ἀναλόγως τῆς πείνης τοῦ ἀρρώστου ἢ καὶ ἄλλων παραγόντων, ὅπως ἀποστροφή πρὸς τὰ αὐγά, νευρικὴ ὑπερδιέγερσις κ.ο.κ.

Ἄφ' ἧς στιγμῆς ἀρχίζει τὸ στάδιον τῆς ἐκκενώσεως, ἡ φυσιολογικὴ χοληδόχος κενοῦται ἄνευ σαφοῦς διακοπῆς, προοδευτικῶς. Μετὰ ἡμίσειαν ὥραν ἀπὸ τῆς λήψεως τοῦ λιπαροῦ γεύματος αὕτη κενοῦται κατὰ τὸ ἥμισυ, ἐξ ὀλοκλήρου δὲ ἐντὸς μιᾶς καὶ ἡμισείας ὥρας. Εἰς τὴν γυναῖκα ἀπαιτεῖται ὀλιγώτερος χρόνος, ὑπολογιζόμενος εἰς 12 ἕως 45 λεπτά. Ἡ ἐκκένωσις ἐπιταχύνεται εἰς τὰ νευρικὰ ἄτομα, εἰς περίπτωσιν ἀλλοιώσεων γειτονικῶν ὀργάνων, ὅπως ὅταν ὑπάρχῃ ἔλκος δωδεκαδακτύλου (;), ἐνῶ ἐπιβραδύνεται μὲ τὴν κόπωσιν, τὴν ἀνορεξίαν ὡς καὶ εἰς τὰ ἠλικιωμένα ἄτομα.

Γενικῶς δυνάμεθα νὰ παραδεχθῶμεν ὅτι μία χοληδόχος κύστις εἶναι παθολογικὴ, ὅταν μίαν καὶ ἡμίσειαν ὥραν μετὰ τὸ γεῦμα Boyden κατακρατεῖ ποσότητα χολῆς ἀντιστοιχοῦσαν εἰς τὸ τρίτον τοῦ ἀρχικοῦ τῆς περιεχομένου. Ὑπὸ τοὺς ἴδιους ὅρους, ὅταν αὕτη εἶναι κατὰ τὸ ἥμισυ πεπληρωμένη, πάσχει λειτουργικῶς. Εἰς τὴν γυναῖκα θὰ ὑπολογίσωμεν ἡμίσειαν ὥραν ὀλιγώτερον. Δέον νὰ τονισθῇ, ὅτι καὶ αἱ χοληδόχοι αἱ κατέχουσαι χαμηλὴν θέσιν κενοῦνται ἐντὸς τῶν φυσιολογικῶν ὁρίων.

2) Παθολογικὴ χοληδόχος. Ἡ ἀκτινολογικὴ εἰκὼν διαφόρων παθολογικῶν καταστάσεων, ὅπως χολοκυστίτις, περιχολοκυστίτις, λιθίασις, θὰ ἐρμηνευθῇ εἰς τὰ οἰκτεῖα κεφάλαια. Ἐνταῦθα θὰ ἴδωμεν τί πρέπει ν' ἀναμένῃ τις ἀπὸ μίαν χολοκυστογραφίαν καὶ ποῖα συμπεράσματα δυνατόν νὰ προκύψουν ἀπὸ μίαν τοιαύτην ἐξέτασιν.

α) Ἡ χοληδόχος κύστις δὲν διαγράφεται. Εἰς τὴν περίπτωσιν αὐτὴν δέον ν' ἀποκλεισθοῦν οἱ παράγοντες ἐκεῖνοι, οἵτινες δυνατόν

νά έμποδίζουν τήν χρώσιν τής, πρὶν ἢ καταλήξωμεν εἰς τὸ συμπέρασμα ὅτι αὕτη εἶναι παθολογική.

Καὶ κατὰ πρῶτον θὰ πρέπη νά ἐξετασθῆ, ἐάν ἀπερροφήθῃ ἡ χορηγηθεῖσα σκιερὰ οὐσία. Οἱ ἔμετοι, τὰ διαρροϊκὰ φαινόμενα μετὰ τὴν λήψιν τής, δὲν ἐπιτρέπουν νά τὸ διαβεβαιώσῃ τις, ὅπως ἐπίσης τὴν αὐτὴν ἀμφιβολίαν ἀφίνει ἡ διαπίστωσις εἰς τὴν ἀκτινογραφίαν ἐνὸς ἐντέρου ἐντόνως κεχρωσμένου. Ὑπεστηρίχθη ὡσαύτως ὅτι μίᾳ ἀχυλίᾳ, λόγῳ ὑποτονίας τοῦ 12δακτύλου, ἥτις ἐμποδίζει τὴν σύγκλεισιν τοῦ σφιγκτήρος τοῦ Oddi, δὲν ἐπιτρέπει τὴν πλήρωσιν τῆς χοληδόχου, ἐφ' ὅσον ἡ χολὴ διαρρέει κατ' εὐθείαν ἐντὸς τοῦ ἐντέρου. Ἡ ἀποψις ὁμως αὕτη ἀμφισβητεῖται. Ἐν μέγα ὄωδε κ α δ ἄ κ τ υ λ ο ν προκαλεῖ ἐπίσης χάλασιν τοῦ Oddi καὶ εἰς τὴν περιπτώσιν ταύτην οὐδέποτε ἔχομεν θετικὴν χολοκυστογραφίαν.

Ὑπεστηρίχθη ἐπίσης, ὅτι ἐν ἔλκος τοῦ 12δακτύλου ἐμποδίζει τὴν σκιαγράφειν τῆς χοληδόχου, χειρουργικῶς δὲ διεπιστώθη τὸ τοιοῦτον, ἥτοι ἀρνητικὴ χολοκυστογραφία μὲ φυσιολογικὴν χοληδόχον, ἀλλὰ συνύπαρξιν ἔλκους. Τοῦτο ὁμως δὲν ἔχει καὶ ἀπόλυτον ἀξίαν, ἐφ' ὅσον αἱ ἀλλοιώσεις τῆς χοληδόχου εἶναι ἐσωτερικαὶ καὶ ὁ χειρουργὸς παρατηρεῖ μόνον τὰ ἐξωτερικὰ τοιχώματα. Πολλοὶ ἐξ ἄλλου δὲν παραδέχονται τοῦτο, ἀποδίδοντες τὴν ἀρνητικὴν ἀκτινογραφίαν εἰς κακὴν τεχνικὴν. Ἡμεῖς προσωπικῶς ἔχομεν πλείστας ὄσας θετικὰς χολοκυστογραφίας εἰς ἄτομα μὲ ἔλκος τοῦ 12δακτύλου.

Παθολογικαὶ τινες ὁμως καταστάσεις μεταβάλλουν μίαν χολοκυστογραφίαν. Οὕτω, ὅπως εἶδομεν, εἰς τοὺς διαβητικὸς ἢ χοληδόχου πληροῦται καὶ κενοῦται ταχύτατα. Τὸ αὐτὸ παρατηρεῖται κατὰ τὴν νόσον τοῦ Basedow, εἰς περιπτώσεις ὑπερκινησίας τῆς χοληδόχου κλπ.

Σκόπιμον ὁμως θὰ εἶναι, ὅπως μὴ σπεύσωμεν νά ἀποφανθῶμεν ἀμέσως, συνιστῶντες χειρουργικὴν ἐπέμβασιν, βασιζόμενοι εἰς μίαν ἀρνητικὴν χολοκυστογραφίαν, πρὶν ἢ ἐπαναλάβωμεν ταύτην εἴτε διὰ τῆς μεθόδου ἐπιχρώσεως τοῦ Chiray εἴτε μετὰ τινὰς ἡμέρας, ὁπότε συχνὰ ἡ χοληδόχος σκιαγραφεῖται ἀπολύτως φυσιολογική. Δέον ἐπίσης νά τονισθῆ, ὅτι, εἰς τοὺς ἔχοντας ὑποστῆ γαστρεκτομήν, ἡ χολοκυστογραφία οὐδόλως ἐπηρεάζεται, ὅπως ἐπίσης καὶ ἡ δοκιμασία ἐκκενώσεως κατόπιν γεύματος.

Ἐφ' ὅσον ἀποκλεισθοῦν ὄλα τὰ ἀνωτέρω αἷτια τὰ δυνάμενα νά δώσουν μίαν ἀρνητικὴν χολοκυστογραφίαν, θὰ πρέπη ἐν τοιαύτῃ περιπτώσει ν' ἀναζητήσωμεν ἐκεῖνα τὰ αἷτια, τὰ ὁποῖα ἐμποδίζουν τὴν πλήρωσιν τῆς χοληδόχου. Ταῦτα εἶναι: α) ἡπατικά καὶ β) ἐκ τῆς χοληδόχου.

1) **Ήπατικά.** Μία ήπατική ανεπάρκεια, μία βλάβη τοῦ ήπατικοῦ παρεγγύματος, ἐμποδίζει τὴν χρώσιν τῆς χοληδόχου, διότι δὲν ἐπιτρέπει τὴν συμπύκνωσιν τῆς χρωστικῆς οὐσίας. Ἡ ήπατική βλάβη θά πρέπει νά εἶναι ἀρκετά ἐκτεταμένη μὲ θετικὰ συνήθως δοκιμασίας. Τοῦτο παρατηρεῖται εἰς τοὺς ήπατικούς ἰκτέρους, εἰς τὰς κιρρώσεις τοῦ ήπατος. Ἀντιθέτως, δυνάμεθα νά ἔχωμεν θετικὴν χολοκυστογραφίαν εἰς περίπτωσιν καρκίνου τοῦ ήπατος, ὅπου, ὡς γνωστόν, αἱ ήπατικά δοκιμασία εἶναι ἀρνητικά.

Μία κύστις ἐχινοκόκκου ήπατος, ἀκόμη καὶ ὅταν δὲν πιέξῃ τὰς χοληφόρους ὁδούς, δύναται νά προκαλέσῃ ἀρνητικὴν χολοκυστογραφίαν, κατὰ δὲ τὴν δοκιμασίαν τοῦ Meltzer, ἀπουσίαν χολῆς Β.

2) Τὰ ἐκ τῆς χοληδόχου κυριώτερα αἷτια εἶναι :

— Μία περισφιγίς τῆς χοληδόχου ἢ τοῦ πόρου ἀπὸ μίαν συμφυτικὴν ταινίαν, λόγῳ περιχολοκυστίτιδος.

— Μία σκληρο-ἀτροφικὴ χολοκυστίτις μετὰ συρρικνώσεως καὶ ἐξαφανίσεως τῆς κοιλότητος τῆς χοληδόχου. Αὕτη δυνατόν νά ἔχη προκληθῇ ἀπὸ πλήρωσιν ἐκ πολλαπλῶν λίθων ἐκ χοληστερίνης, μὴ ὁρατῶν ἀκτινολογικῶς.

— Εἰς ὄγκος γειτονικοῦ ὄργάνου, ὅστις νά πιέξῃ τὴν χοληδόχον.

— Μία ἐκσεσημασμένη χολοκυστίτις, ἣτις ἔχει προσβάλει τὸν βλεννογόνον, ὅποτε δὲν εἶναι δυνατὴ ἡ συμπύκνωσις τῆς χολῆς. Πειράματα ὅμως εἰς ζῶα, εἰς τὰ ὅποια ἡ χοληδόχος ἀντικατεστάθη ἀπὸ μίαν ἐλαστικὴν κύστιν, ἀπέδειξαν ὅτι ἡ ψευδο-χοληδόχος αὕτη χρωματίζεται καὶ δίδει θετικὴν ἀκτινογραφίαν κατόπιν ἐνδοφλεβίου ἐνέσεως. Ἡ ἄνω ἐπομένως ὑπόθεσις δὲν εὐσταθεῖ ἀπολύτως.

Περίληπτικῶς καὶ ἀφοῦ ἀποκλεισθοῦν τὰ διάφορα τεχνικά καὶ ἄλλα λάθη, δύο εἶναι τὰ κύρια ἐκ τῆς χοληδόχου αἷτια μιᾶς ἀρνητικῆς σκιαγραφίσεως :

— Ἡ συρρικνώσις τῶν τοιχωμάτων ἢ ἡ ἀπόφραξις τῆς κοιλότητος τῆς χοληδόχου.

— Ἡ ἀπόφραξις τοῦ κυστικοῦ πόρου.

Θ' ἀναζητηθῇ ἐπομένως ὡς κύριον αἷτιον μία λιθίασις. Δὲν δυνάμεθα ὅμως ν' ἀποκλείσωμεν τὴν πιθανότητα ἐνὸς καρκίνου, μίαν σύμφυσιν, μίαν ἀδενοπάθειαν, μίαν φλεγμονὴν τοῦ κυστικοῦ πόρου. Ὑπεστηρίχθη ἐπίσης, ὅτι ἐν «βλενωδῆς πῶμα» τοῦ πόρου, εἰς περίπτωσιν καταρροϊκῆς χολοκυστίτιδος, δύναται νά ἐμποδίσῃ τὴν πλήρωσιν τῆς χοληδόχου. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς οἱ καθητηριασμοὶ τοῦ δωδεκαδακτύλου ἐπιτρέπουν τὴν μετ' ὀλίγον χρονικὸν διάστημα χρώσιν τῆς χοληδόχου.

ληψιν ἀκτινογραφιών εἰς διαφόρους θέσεις καὶ εἰς διάφορα χρονικά διαστήματα. Ὑπενθυμίζομεν ὅτι, ἐάν εἰς μὲν τὸν ἄνδρα μίαν καὶ ἡμίσειαν ὥραν μετὰ τὸ γεῦμα, εἰς δὲ τὴν γυναῖκα μετὰ μίαν ὥραν, ἡ χοληδόχος κύστις διατηρῆ τὸ ἥμισυ περίπου τοῦ ἀρχικοῦ τῆς ὄγκου, αὕτη δὲν εἶναι ὑγιής ἢ ἔχει διαταραχὰς λειτουργικῆς φύσεως. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς καὶ δύο ὥρας μετὰ τὸ γεῦμα Boyden, ἡ ἀκτινολογικὴ σκιά τῆς χοληδόχου ἐλάχιστα μεταβάλλεται. Ἐπομένως καὶ ἐδῶ ὅπως καὶ διὰ τὸν στόμαχον ἐνδείκνυται ἡ λήψις ἀκτινογραφιών ἐν σειρᾷ.

Ἐνίοτε κατὰ τὴν τελικὴν τῆς φάσιν ἢ ἐκκένωσις καθυστερεῖ, ὁπότε μετὰ δύο ἢ καὶ περισσοτέρας ὥρας διακρίνομενεῖστέτι μίαν λεπτήν, ἐπιμήκη σκιάν ὀφειλομένην εἰς χολήν, ἣτις ἔχει παραμείνει καὶ ἡ ὁποία δὲν παρατηρεῖται συνήθως εἰς φυσιολογικά ἄτμα, ἐνφ, τούναντίον, πολλάκις ἐρμηνεύει μίαν ἐλαφρὰν λειτουργικὴν διαταραχὴν τῆς χοληδόχου, πρόδρομον σύμπτωμα μιᾶς χολοκυστίτιδος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ ΙΔ'

ΔΥΣΚΙΝΗΣΙΑΙ ΤΩΝ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ ΟΔΩΝ

Ὑπὸ τὸν ὄρον δυσκίνησις ἐννοοῦμεν τὴν ἔλλειψιν ἀρμονίας μεταξύ τῶν λειτουργιῶν τῶν διαφόρων μοιρῶν τῶν χοληφόρων ὁδῶν.

Πρόκειται περὶ θέματος προσφάτως προστεθέντος εἰς τὴν παθολογίαν τῶν χοληφόρων ὁδῶν, διὰ τὸ ὅποτον δὲν δυνάμεθα νὰ εἴπωμεν ὅτι ἔχει εἰσέτι πλήρως διευκρινηθῆ.

Ἡ περιγραφή τῶν δυσκινήσιων αὐτῶν ἀφορᾷ τὰς ἀμιγεῖς λειτουργικὰς καταστάσεις, ἀποκλειομένων τοιουτοτρόπως τῶν δυσκινήσιων τῶν ὀφειλομένων εἰς ὄργανικὰ αἷτια, ὡς ἡ λιθίασις, ἐκτεταμέναι φλεγμονώδεις ἢ μετεγχειρητικαὶ ἀλλοιώσεις, ὅπως στένωσις ἐκ τραυματισμοῦ τῶν χοληφόρων ὁδῶν κ.ο.κ.

Τὸ θέμα ἐπομένως, ὅπερ θέλει κυρίως μᾶς ἀπασχολήσει, εἶναι, ἂν καὶ κατὰ πόσον ἱστολογικῶς ὑγιεῖς χοληφόροι ὁδοὶ δύνανται νὰ προκαλέσουν ἐνοχλήματα χρήζοντα ἀκόμη καὶ χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως.

Ἡ εἰς προηγούμενα κεφάλαια λεπτομερῆς περιγραφή τῆς ἀνατομικῆς κατασκευῆς τῶν χοληφόρων ὁδῶν ὡς καὶ ἡ φυσιολογία αὐτῶν, αἷτινες μᾶς πληροφοροῦν περὶ τοῦ μηχανισμοῦ τοῦ ρυθμίζοντος τὴν λειτουργίαν τῶν διαφόρων σφιγκτήρων, ὡς καὶ περὶ τοῦ μηχανισμοῦ πληρώσεως καὶ κενώσεως τῆς χοληδόχου κύστεως, μᾶς βοηθοῦν τὰ μέγιστα διὰ τὴν καλυτέραν κατανόησιν τῶν λειτουργικῶν ἀνωμαλιῶν, ἧτοι τῶν δυσκινήσιων τῶν χοληφόρων ὁδῶν.

Δέον νὰ σημειωθῆ, ὅτι συγγραφεῖς τινες ἀρνοῦνται τὴν δυνατότητα ἀμιγῶν λειτουργικῶν διαταραχῶν ὡς αἰτίου ἐπωδύνων συνδρόμων. Σήμερον ὅμως χάρις εἰς τὰ νέα μέσα ἐρεύνης τοῦ συστήματος τούτου — χολοκυστογραφία, χολαγγειογραφία, ἀκτινομανομετρία, τούτου — χρονοκαθετηριασμός τοῦ δωδεκαδακτύλου — δυνάμεθα νὰ ἐλέγξωμεν τὴν ἀναμφισβήτητον ὑπαρξίν τῶν δυσκινήσιων αὐτῶν.

Δυσκίνησιαι ὀφειλόμεναι οὐχὶ ἀπλῶς καὶ μόνον εἰς λειτουργικὰς διαταραχάς, ἀλλὰ καὶ εἰς ἱστολογικὰς ἀλλοιώσεις τῶν χοληφόρων ὁδῶν καὶ τῆς χοληδόχου κύστεως, ἐκδηλοῦνται κλινικῶς μὲ ὠρι-

σμένα συμπτώματα, ήδη δὲ ἀποκαλύπτονται χάρις εἰς τὰς ἀνωμαλίας τῶν πέντε χρόνων τοῦ καθητηριασμοῦ τοῦ δωδεκαδακτύλου.

Ἐνίοτε αἱ δυσκινησίαι ὡς μόνην κλινικὴν ἐκδήλωσιν ἔχουν συμπτώματα συνήθη, μὴ παθογνωμονικά, ὅπως ἡμικρανία, αἴσθημα διατάσεως, ναυτίαισις κ.λ.π. Ἄλλοτε πάλιν καὶ ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ἐκδηλοῦνται διὰ πόνων, ἐνίοτε δριμυτάτων. Τοῦτο παρατηρεῖται συχνότερον εἰς τὰς γυναῖκας, νέας τὴν ἡλικίαν, ὁπότε ὑποπτευόμεθα συγγενῆ ἀνατομικὴν ἀνωμαλίαν. Οἱ τυπικοὶ πόνοι εἶναι ἐξαιρετικῶς δριμεῖς, ἐδραζόμενοι κατὰ τὸ δεξιὸν ὑποχόνδριον μὲ ἀντανάκλασιν πρὸς τὸ ἐπιγάστριον, τὴν ράχιν, τὴν δεξιάν ὠμοπλάτην, μὲ ἀνακοπήν τῆς ἀναπνοῆς. Ἡ ἔντασις εἶναι μικροτέρα τῆς τοῦ πόνου τῆς λιθιάσεως, μὴ χρήζουσα συνήθως παυσιπόνων. Ἐνίοτε οἱ πόνοι συνοδεύονται ὑπὸ ἐμέτων, οἱ δὲ παροξυσμοὶ ἐπαναλαμβάνονται ἐπὶ ἔτη καὶ προκαλοῦνται ἀπὸ διαιτητικὰς παρεκκλίσεις χωρὶς νὰ συνοδεύονται ὅμως ὑπὸ πυρετοῦ ἢ ἰκτέρου. Οὐσιαστικῶς τίποτε δὲν διακρίνει τοὺς πόνους αὐτοὺς ἀπὸ ἕνα συνήθη κωλικὸν τοῦ ἥπατος, ὀφειλόμενον π.χ. εἰς λίθον. Εἰς τὰς περιπτώσεις ὅμως αὐτὰς ὑποβοηθεῖ μεγάλως τὴν διάγνωσιν ἡ χολοκυστογραφία, ἥτις ἀποδεικνύει φυσιολογικὴν τὴν πλήρωσιν καὶ ἐκκένωσιν τῆς χοληδόχου.

Εὐνόητον εἶναι, ὅτι εἰς τοιαύτας περιπτώσεις αἱ δυσκινησίαι αὗται ὀφείλονται εἴτε εἰς ὑπερτονίαν εἴτε εἰς ὑποτονίαν τῆς χοληδόχου κύστεως καὶ τῶν χοληφόρων ὁδῶν. Θὰ διακρίνωμεν κυρίως τὰς ὀφειλομένας εἰς διαταραχὰς τοῦ σφικτήρος τοῦ Oddi καὶ τὰς ὀφειλομένας εἰς διαταραχὰς τοῦ σφικτήρος τοῦ Lütken's. Κυρίως ὅμως θὰ ἐπιμεινώμεν ἐπὶ τῶν εὐρημάτων ἐκείνων, ἅτινα προκύπτουν κατὰ τὴν ἐκτέλεσιν τοῦ χρονικοῦ καθητηριασμοῦ, ἐφ' ὅσον ἡ χολαγγειογραφία, κυρίως ὅμως ἡ ἀκτινομανομετρία, δὲν εἶναι ἐφικταὶ παρ' ἡμῖν.

Διὰ τὴν μελέτην, ἐπομένως, τῶν ὡς ἄνω δυσλειουργιῶν, ἀντὶ νὰ περιγράψωμεν κεχωρισμένως τὰς ὑπερτονίας καὶ τὰς ὑποτονίας, θ' ἀκολουθήσωμεν τὴν φυσιολογικὴν σειρὰν τῶν πέντε χρόνων τοῦ καθητηριασμοῦ, ἐπὶ τοῦ ὁποίου κυρίως βασιζόμεθα διὰ τὴν διάγνωσιν, ἀρχόμενοι ἀπὸ τὰς διαταραχὰς τοῦ πρώτου χρόνου, ἥτοι τοῦ σφικτήρος τοῦ Oddi.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΑΙ ΤΟΥ ΣΦΙΚΤΗΡΟΣ ΤΟΥ ODDI

α) Ὑπερτονία τοῦ Oddi. Δὲν εἶναι εὐχερὲς νὰ διαβιβαιώση τις, ὅτι μία δυσκινησία ἐξ ὑπερτονίας τοῦ σφικτήρος τοῦ ὀφείλεται πάντοτε εἰς λειτουργικὰ αἷτια. Καὶ τοῦτο, διότι δυνατόν περὶ τὸν σφικτήρα νὰ ὑπάρχουν φλεγμονώδεις διηθήσεις ἢ ἀκό-

μη και οργανικαι αλλοιωσεις, ως ραγάδες του βλεννογόνου η πολ-
λαπλα νευρικα γάγγλια με οργανικας αλλοιωσεις περι την τελικην
μοίραν του κοινου χοληδόχου πόρου.

Μολαταυτα, η έξ υπερτονίας του Oddi δυσκινησία δύναται να
διαγνωσθῆ δια του χρονικου καθητηριασμου, ως και ακτινολογι-
κως.

Εις περιπτώσιν σπασμου, ούδεμία επιτυχάνεται ροή χολης
κατά τον πρώτον χρόνον. Ένιότε ρέει εν υγρόν άχρουν, αλκαλι-
κόν, όταν ο σπασμός έντοπίζεται επί του σφιγκτήρος του χοληδό-
χου πόρου, υπερθεν του σημείου ένωσης μετὰ του Wirsung. Ό
χρόνος του κλειστου Oddi παρατείνεται πλέον του φυσιολογικου,
μέχρι και πέραν της ώρας, ούδόλωσ δέ η ελάχιστα έπηρεάζεται από
την έγχυσιν Ισοτόνου διαλύματος χλωριούχου νατρίου, ώστε ν' άμφι-
βάλλη τις αν ο καθητηρ εύρίσκεται έντός του δωδεκαδακτύλου.
Μόνον η δια του καθητηρος έγχυσις 10—20 κ. έκ. χλιαρου διαλύμα-
τος νοβοκαϊνης 1% προκαλεί την διάνοιξιν του σφιγκτήρος και την
ροήν χολης του χοληδόχου πόρου, χρώματος κιτρίνου λαμπρου. Οι
άλλοι χρόνοι δέν παρουσιάζουν άνωμαλίαν τινά, μόνον εις τους
έντόνους σπασμούς του Oddi εις επιπρόσθετος τοιουτος δυνατόν
νά διακόψη την ροήν της ήπατικης χολης, ητις γενικως είναι άπεριο-
ρίστου διαρκείας.

Αι άμιγεις διαταραχαι του χρόνου τούτου δέν είναι και τόσον
συχναι, συνυπάρχουν δέ και με τοιαύτας του σφιγκτήρος του Lüt-
kens η της χοληδόχου κύστεως.

Άμιγής υπερτονία του Oddi παρατηρείται κυρίως εις τους έχον-
τας ύποστη χολοκυστεκτομήν, όποτε η παράτασις του χρόνου του
Oddi συνηγορεί είτε υπέρ σπασμου τούτου είτε υπέρ τοπικης φλε-
γμονης.

Η παράτασις του χρόνου του κλειστου Oddi, παρά την έγχυσιν
νοβοκαϊνης, δέν όφείλεται πάντοτε εις οργανικόν αίτιον, όπερ
παρεμποδίζει την ροήν της χολης. Ός γνωστόν, ο σφιγκτήρ του Oddi
άποτελει μέρος του άντανακλαστικου συστήματος Lütken's—Oddi
και άντιστρόφως Oddi—Lütken's, οϋτινος η λειτουργία συντελείται
κατά τρόπον άνάλογον μερισ τας πεταλικας και άντιπερισταλικας
κινήσεις του έντέρου. Γενικώτερον, κατά τον Albot, αι άνωμαλiai
του χρόνου του κλειστου Oddi άπαντώσιν άκόμη και όπου δέν
υπάρχει γνησία και βεβαία υπερτονία τούτου, ως και εις άλλωσ διαφο-
ρετικας περιπτώσεις. Αι άνωμαλiai αυται δυνατόν να προκληθώσιν
άπό άνεπαρκη έκκρισιν χολης, άπό πτώσιν της πιέσεως του χοληδό-
χου πόρου, αλλά παρατηρούνται και επί των ίκτερογόνων ήπατιτί-

δων ὡς καὶ κατὰ τὰς κιρρώσεις. Παρατηροῦνται ἐπίσης κατὰ τὰς χολοκυστατονίας, καὶ ὀφείλονται εἰς ἀδυναμίαν ἢ ἔλλειψιν συσπάσεως τῆς χοληδόχου κύστεως, διότι τὸ ἀντανεκλαστικὸν τοῦ Lütken's — Oddi ἐπισυμβαίνει μὲ βραδὺν ρυθμὸν. Γενικῶς ὅμως νομίζομεν, ὅτι ἡ παράτασις τοῦ κλειστοῦ Oddi δεόν νά ἐρμηνεύεται βάσει τῆς ἀμέσου ἢ μὴ ἐπιδράσεως τῆς χλιαρᾶς διαλύσεως νοβοκαϊνης 1%.

Ὅταν μία δυσκινησία τοῦ σφιγκτήρος τοῦ Oddi συνδυάζεται μὲ ἠρεθισμένην χοληδόχον κύστιν, θά ἔχωμεν κατὰ τὸν χρόνον τοῦ κλειστοῦ Oddi, ἐπιπροσθέτως, πόνους μετρίας ἢ μεγάλης ἐντάσεως. Ὁ χρόνος χολῆς Α ἔχει καταργηθῆ λόγῳ ἀποτόμου συσπάσεως τῆς χοληδόχου κύστεως, ἡ δὲ χολή Β ρεῖ ἀμέσως.

Ἄκτινολογικῶς, εἰς περίπτωσιν ἀμιγοῦς ὑπερτονίας τοῦ Oddi, ἡ χοληδόχος κύστις εἶναι ὑπέρτονος, σχετικῶς ἐστενωμένη, μὲ πυθμένα καλῶς διαγραφόμενον, ἐνῶ ἡ ἄνω μοῖρα αὐτῆς διαγράφεται ἀσαφῶς. Ἡ κένωσις τῆς, κατόπιν λεκιθινούχου γεύματος, εἶναι βραδυτάτη, παρατεινομένη μέχρι καὶ 24 ὥρων. Εἰς περίπτωσιν ὑπερτονίας τοῦ Oddi μετὰ ἠρεθισμένης χοληδόχου, αὕτη ἀκτινολογικῶς ἐμφανίζεται μὲ διηυρυσμένον πυθμένα καὶ ἐστενωμένην τὴν ἄνω μοῖραν, περιλαμβάνουσαν τὸν ἀχένα τῆς χοληδόχου καὶ τὸν κυστικὸν πόρον.

β) Ὑποτονία τοῦ Oddi. Αἱ λόγῳ ὑποτονίας τοῦ Oddi δυσκινησῖαι εἶναι σπάνιαι. Συνήθως συνυπάρχουν μὲ ἀνάλογον κατάστασιν τῆς χοληδόχου κύστεως ἢ μὲ φλεγμονὴν γειτνιαζόντων ὀργάνων, ἤτοι μὲ χολαγγειίτιδα, παγκρεατίτιδα κ.λ.π. Κατὰ τὸν καθετηριασμόν, εἰς περίπτωσιν ὑποτονίας, ὁ χρόνος τοῦ κλειστοῦ Oddi εἶναι μικρότερος τοῦ φυσιολογικοῦ.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΑΙ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΡΟΗΣ ΧΟΛΗΣ Α

Αἱ διαταραχαὶ αὗται χαρακτηρίζονται ἢ ὑπὸ παρατάσεως τοῦ χρόνου ροῆς τῆς χολῆς Α καὶ συνδυάζονται μὲ ἀνωμαλίας τοῦ ἀχένου τῆς χοληδόχου κύστεως, ἢ ὑπὸ τῆς ἀπουσίας τοῦ χρόνου τούτου (ἀπότομος ροὴ χολῆς Β, ὑπερτονία χοληδόχου κύστεως, ἀκόμη καὶ ὑπερτονία τοῦ Oddi).

Τὸ σημεῖον ἐνώσεως ἀχένου καὶ κυστικοῦ πόρου παίζει σημαντικώτατον ρόλον εἰς τὴν παθολογίαν τῆς χώρας ταύτης, εἴτε λόγῳ ἀνωμαλιῶν εἴτε λόγῳ φλεγμονῆς αὐτοῦ.

— Μία περιχολοκυστίτις δύναται κατὰ διαφόρους τρόπους νά προκαλέσῃ στάσιν λόγῳ κάμψεως ἢ στενώσεως τοῦ

χοληδόχου πόρου ἐκ συμφύσεων. Αὗται, ἔλκουσαι τὴν χοληδόχον πρὸς τὰ κάτω, δύνανται νὰ προκαλέσουν κάμψιν τοῦ αὐχένου.

Δυνατὸν ἐπίσης νὰ πρόκειται περὶ συγγενῶν μεμβρανῶν τὰς ὁποίας ὁ Caroli διακρίνει εἰς :

— Κόθεται διαφράγματα τῆς μοίρας τοῦ αὐχένου. Ταῦτα, ὑπὸ τὴν ἐπίδρασιν μιᾶς διατάσεως, διαστέλλονται ὡς ὁ ἱστός πλοίου, ἀποφράσσοντα τὸ στόμιον τοῦ κυστικοῦ πόρου.

— Ἐγκάρσια διαφράγματα, συχνότερα τῶν προηγουμένων, τὰ ὁποῖα ὅμως σπανίως δημιουργοῦν ἐνοχλήματα.

Αἱ χοληδοχοὶ αὗται κύστεϊς μετὰ «δικλειδος» προκαλοῦν κρίσεις ἐξαιρετικῆς δριμύτητος. Κατὰ τὴν χολοκυστογραφίαν διαγράφονται καλῶς, κενοῦνται ὅμως ἀτελῶς.

Ἐνοχλήματα προκαλοῦν ὡσαύτως ὠρισμένοι ἀνωμαλῖαι διαπλάσεως τῆς χοληδόχου κύστεως καὶ τοῦ κυστικοῦ πόρου. Οὕτως ὁ κυστικὸς πόρος, ἀντὶ νὰ συνεχίξῃ τὴν χοληδόχον κύστιν, τὴν ἐγκαταλείπει καθέτως ἢ κατευθύνεται πρὸς τὰ κάτω παραλλήλως πρὸς τὸ σῶμα τῆς χοληδόχου. Σχηματίζεται τοιουτοτρόπως μία κάμπη, ἥτις, ἰδίως ἐὰν ἡ τάσις εἶναι μεγάλη, ἐμποδίζει τὴν ἔξοδον τῆς χολῆς. Εἰς περίπτωσιν ἐπίσης ὑπερβολικοῦ μήκους τοῦ κυστικοῦ πόρου, οὗτος ἀναδιπλοῦται ἐν εἴδει N ἢ S. Παρὰ τὰς ἀνωμαλίας ταύτας, ἡ δοκιμασία κατὰ Boyden δύναται ν' ἀποβῇ φυσιολογική, δεδομένου ὅτι ἡ μοῖρα ἐνώσεως αὐχένου καὶ κυστικοῦ πόρου ἀνατάσσεται.

Ἄλλὰ καὶ αἱ ἀνωμαλῖαι θέσεως καὶ κινητικότητος τῆς χοληδόχου κύστεως προκαλοῦν ἐνοχλήματα. Μία περιπλανωμένη χοληδόχος, λόγῳ τοῦ βάρους της, προκαλεῖ κάμψιν τῆς ἀνω μοίρας της ἢ τοῦ κυστικοῦ πόρου, με ἀποτέλεσμα στάσιν καὶ ἐμπόδιον περὶ τὴν ἐκκένωσιν. Φαινόμενα δυσκινησίας δημιουργοῦν ὡσαύτως ὠρισμένοι ἐπιμήκεις χοληδοχοὶ μετὰ ἢ ἄνευ συμφύσεων.

Αἱ φλεγμοναὶ τοῦ αὐχένου τῆς χοληδόχου κύστεως ὡς καὶ αἱ σπαστικαὶ καταστάσεις τοῦ Lütken's ἐμελετήθησαν ὅλως ἰδιαιτέρως ἀπὸ τοὺς Albot, Caroli καὶ Mallet—Guy.

Κλινικῶς, αἱ ἀλλοιώσεις αὗται ἐκδηλοῦνται διὰ μικρῶν πόνων κατὰ τὴν χώραν τῆς χοληδόχου με ἀντανάκλασιν πρὸς τὴν ὠμοπλάτην. Ἐνίοτε οἱ πόνοι εἶναι ἰσχυρότατοι, τὸ δὲ σημεῖον τοῦ Murphy θετικόν.

Ὁ χρόνος ροῆς τῆς χολῆς A εἶναι λίαν παρατεταμένος, ἀπὸ

15'—40' τῆς ὥρας, ἀντί τῶν 3' περίπου τοῦ φυσιολογικοῦ. Συνοδεύεται πάντοτε μὲ πόνον καὶ ὑποκειμενικά ἐνοχλήματα, ἀνάλογα μὲ ἐκεῖνα διὰ τὰ ὁποῖα παραπνεῖται συνήθως ὁ ἄρρωστος. Τοῦτο διαχωρίζει τὴν κατάστασιν ταύτην ἀπὸ ὠρισμένης ἀτονίας τῆς χοληδόχου κύστεως, εἰς τὰς ὁποίας παρατηρεῖται παράτασις τοῦ χρόνου ροῆς χολῆς Α, μὲ ἀπουσίαν ὅμως ὑποκειμενικῶν ἐνοχλημάτων κατὰ τὴν ἐκτέλεσιν τοῦ καθητηριασμοῦ. Ὁ πόνος αὐτὸς δὲν ἐξαφανίζεται μὲ τὴν νοβοκαΐνην. Ὑποχωρεῖ ὅμως ταχύτατα κατόπιν εἰσπνοῆς νιτρώδους ἀμυλίου, ἐὰν τὸ ἐμπόδιον ὀφείλεται εἰς σπασμὸν. Ἐὰν ὀφείλεται εἰς φλεγμονὴν ἢ ἄλλο ὄργανικὸν αἷτιον, ὁ πόνος οὐδόλως ἢ ἐλάχιστα ἐπηρεάζεται. Ἐὰν μὲν τῆ ἐμφανίσει τῆς χολῆς Β οἱ πόνοι παύουν. Οἱ ὑπόλοιποι χρόνοι τοῦ καθητηριασμοῦ εἶναι φυσιολογικοί.

Ἀπόλυτα ἀκτινολογικὰ σημεῖα τῆς καταστάσεως ταύτης δὲν ὑπάρχουν. Οὕτω, δυνατόν νὰ παρατηρηθῇ ἔλλειψις χρώσεως τῆς χοληδόχου ἢ ἀτελῆς τοιαύτη. Δυνατόν ἐπίσης νὰ παρατηρηθῇ πλήρης χρώσις τῆς χοληδόχου, ἥτις μετὰ τὸ γεῦμα Boyden συσπάται ἐντόνως, μὴ ἐπιτυχανομένης ὅμως τῆς κενώσεώς της. Κατὰ τὴν ἀκτινογραφίαν λαμβάνει στρογγύλον σχῆμα, χαρακτηριστικὸν τῆς δυσκινησίας ταύτης.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΑΙ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΕΚΚΕΝΩΣΕΩΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ

Ταύτας δυνάμεθα νὰ διακρίνωμεν εἰς μεμονωμένας διαταραχὰς τοῦ χρόνου τῆς χοληδόχου κύστεως καὶ εἰς συνδεδεασμένας μετὰ τοῦ πρώτου καὶ τρίτου χρόνου.

Αἱ μεμονωμέναι διαταραχαὶ ὀφείλονται εἰς δυσκινησίας λόγω ὑπερτονίας τῆς χοληδόχου κύστεως καὶ εἰς τοιαύτας ἐξ ὑποτονίας ἢ ἀτονίας ταύτης.

Κατὰ τὰς δυσκινησίας τῆς χοληδόχου ἐξ ὑπερτονίας, οἱ σφιγκτῆρες δὲν παίζουν ρόλον εἰς τὴν ἐκκένωσιν, ἀλλὰ ὁ ἐρεθισμὸς αὐτῆς ταύτης τῆς χοληδόχου κύστεως. Πρόκειται περὶ ἀρχομένης βλάβης, ἰδίως παρὰ τὸ σῶμα ταύτης, ὀφειλομένης εἰς αἷτιον λειτουργικόν—ἢ εἰς μικτὰ ὄργανικὰ καὶ λειτουργικὰ φαινόμενα. Αἱ δυσκινησῖαι αὗται ἐξ ὑπερτονίας τῆς χοληδόχου κύστεως, αἱ ὀφειλόμεναι εἰς λειτουργικὰ αἷτια, παρατηροῦνται εἰς νέας τὴν ἡλικίαν γυναῖκας παρουσιαζούσας ἐνδοκρινικὰς διαταραχὰς, ἰδίως ὠθηκικὰς ἢ θυρεοειδικὰς. Ἡ κατάστασις αὕτη ὀφείλεται εἰς ὑπερρεθισμὸν τῆς χοληδόχου, συνεπαγόμενον ὑπερσυσταλτικότητά ταύτης, μὲ ἀποτέλεσμα τὴν ἀποβολὴν τοῦ περιεχομένου της εὐθὺς ὡς τοῦτο φθάσῃ μίαν ὠρισμένην τάσιν, κατωτέραν τῆς φυσιολογικῆς. Τὸ φαινόμενον τοῦτο δηλαδὴ εἶναι ἀνάλογον μὲ τὸ παρατηρούμενον εἰς

φλεγμονάς τῆς ούροδόχου κύστεως, συνήθως λόγω διαχύτου χολοκυστίτιδος, ἐνίοτε λόγω ἀντανακλαστικῶν φαινομένων ἐκ βλάβης γειτονικοῦ ὄργανου.

Κατὰ τὸν καθητηριασμὸν αἱ διαταραχαὶ αὗται ἐκδηλοῦνται διὰ διακεκομμένης, παρατεταμένης ἢ καὶ ἐντὸς τῶν φυσιολογικῶν χρονικῶν ὀρίων ροῆς τῆς χολῆς Β, ὑπὸ τὴν προϋπόθεσιν ὅτι θά συνοδεύεται ὑπὸ ἐνοχλημάτων ἢ πόνων κατὰ τὸ δεξιὸν ὑποχόνδριον. Ἡ ποσότης τῆς χολῆς Β θά εἶναι κατὰ τὸ πλεῖστον ἡλαττωμένη, ἢ δὲ πυκνότης αὐτῆς μεγαλυτέρα. Ἀντιθέτως, ἡ συμπύκνωσις τῆς χολῆς Β μὲ φυσιολογικὸν χρόνον ἐρμηνεύει συνήθως στάσιν, εἴτε λόγω κωλύματος τοῦ κυστικοῦ πόρου εἴτε λόγω βλάβης τοῦ σώματος τῆς χοληδόχου κύστεως.

Τὸ σύνολον τῶν ὡς ἄνω συμπτωμάτων δυνατόν, βάσει τῶν ἀκτινολογικῶν δεδομένων ἢ τῶν τοῦ καθητηριαμοῦ, νά ἐπιβάλη τὴν ἀφαίρεσιν μιᾶς φαινομενικῶς ὑγιοῦς χοληδόχου κύστεως. Μερτὴν ἀφαίρεσιν αὐτῶν χοληδόχων χρῆζουσι φαρμακευτικῆς καὶ ἐκ τῶν ἠρεθισμένων αὐτῶν χοληδόχων χρῆζουσι φαρμακευτικῆς θεραπείας, ὡς ὀφειλόμενοι εἰς λειτουργικὰ αἷτια. Ἄλλαι ὀφείλουσι εἰς ἐλαφρὰν φλεγμονὴν ἢ εἰς μίαν παρὰ τὸν ἀύχένα ἐντετοπιζομένην βλάβην μετὰ σημαντικῆς σκληρύνσεως τοῦ ὑποβλεννογονίου χιτῶνος. Εἰς τὰς τελευταίας ταύτας περιπτώσεις, ἢ ἐγχειρήσεις θά ὠφελήσῃ, ἐνῶ ἡ χολοκυστεκτομὴ θά ἦτο παράλογος εἰς ὑπερτονίας λ.χ. τοῦ σφιγκτήρος τοῦ Oddi. Ὡς ἐκ τούτου ἐπιβάλλεται λεπτομερεστάτη ἐρευνα τῶν καταστάσεων αὐτῶν πρὶν ἢ ληφθῆ μίαν οἰαδῆποτε θεραπευτικὴ ἀπόφασις.

ΧΟΛΟΚΥΣΤΑΤΟΝΙΑΙ

Αἱ δυσκινήσῃαι ἐξ ὑποτονίας τῆς χοληδόχου κύστεως δὲν εἶναι σπάνιαι, καλοῦνται δὲ χολοκυστατονίαι.

Αἱ λειτουργικαὶ διαταραχαὶ τῆς χοληδόχου κύστεως καὶ τῶν χοληφόρων ὁδῶν, αἱ δυσκινήσῃαι, ἀνεφέρθησαν τὸ πρῶτον ὑπὸ τοῦ Berg τὸ 1917, ὑπὸ τοῦ Schmieden καὶ Rohde τὸ 1920 καὶ ἐν συνεχείᾳ ὑπὸ τοῦ Lütken, Westphall καὶ Bergmann. Οὗτοι ἠσχολήθησαν κυρίως μὲ τὰς ἐπωδύνους χοληδόχους ἐκ στάσεως λόγω λειτουργικοῦ ἢ οργανικολειτουργικοῦ ἐμποδίου παρὰ τὴν χώραν τοῦ αὐχένου—κυστικοῦ πόρου ἢ τὴν χώραν τοῦ Oddi.

Τὸ σύνδρομον ὁμως τῆς χολοκυστατονίας περιεγράφη τὸ 1925 ἀπὸ τὸν Chiray καὶ τοὺς συνεργάτας του, οἱ ὅποιοι καὶ διεχώρισαν τοῦτο ἀπὸ τὰς ἄλλας ὀργανικὰς βλάβας τῆς χοληδόχου κύστεως. Οὕτω, διὰ τοῦ ὄρου χολοκυστατονία ἐννοοῦν μίαν ἄτονον

διάτασιν τῆς χοληδόχου κύστεως μὴ ὀφειλομένην εἰς ὀργανικὸν ἐμπόδιον, ἀνάλογον οὕτως εἶπειν κατάστασιν μὲ τὴν ἄτονον διάτασιν τοῦ στομάχου.

Τὰ αἷτια μιᾶς τοιαύτης καταστάσεως εἶναι πολλαπλᾶ:

— **Αἷτια νευρικᾶ:** Πρόκειται περὶ ὑπολειπομένης τοῦ μυϊκοῦ χιτῶνος τῶν χοληφόρων ὁδῶν, μετ' ἀτονίας τῆς χοληδόχου κύστεως, λόγῳ ἐρεθισμοῦ τοῦ συμπαθητικοῦ ἢ παραλύσεως τοῦ παρασυμπαθητικοῦ. Παρατηρεῖται εἰς ἄτομα πάσχοντα ἐξ ὑπερκοπώσεως τοῦ νευρικοῦ συστήματος, εἰς νευρασθενεῖς, εἰς μελαγχολικούς. Παρατηρεῖται σπανίως εἰς ἄτομα μὲ προσβεβλημένον τὸ φυτικὸν σύστημα, ὅπως εἰς πάσχοντας ἐξ ἐπιληψίας ἢ tabes.

— **Αἷτια μυϊκᾶ:** Μία ἀνεπάρκεια τοῦ μυϊκοῦ συστήματος, ὀφειλομένη εἰς γενικὴν ἀσθένειαν τῶν λεῖων μυϊκῶν ἰνῶν, προσβάλλει καὶ τὸ μυϊκὸν σύστημα τῆς χοληδόχου κύστεως. Παρατηρεῖται ἐπίσης, ὅταν μηχανικὰ αἷτια εὐνοοῦν τὴν χαλάρωσιν τῶν κοιλιακῶν τοιχώματων, ὅπως ὁ τοκετός, ἢ τοιαῦτα ἐμποδίζοντα τὴν κένωσιν τῆς χοληδόχου κύστεως, ὅπως πῶσις, συγγενεῖς ἀνωμαλῖαι τῶν χοληφόρων ὁδῶν κ.λ.π. Ἄλλὰ καὶ στερητικὰ αἷτια, ὅπως ἡ ἔλλειψις βιταμίνης Β, παίζουν σημαντικὸν ρόλον.

— **Αἷτια φλεγμονώδη:** Μία διάχυτος φλεγμονή, μία χολοκυστίτις, προσβάλλουσαι τὰ τοιχώματα τῆς χοληδόχου κύστεως δύνανται νὰ δημιουργήσουν χολοκυστατονίαν.

Αἷ κλινικαὶ ἐκδηλώσεις τῆς χολοκυστατονίας εἶναι ποικίλαι:

— Συχνὰ προσλαμβάνει τὸν τύπον **δυσπεψίας** χολοκυστικής φύσεως, ἥτοι βάρος μετὰ τὸ φαγητόν, ναυτίαισι, γλώσσα ἐπίχριστος, ἀπίσχανσις, δυσανεξία ἔναντι τῶν λιπῶν.

— Ἄλλοτε ἔχομεν πλέον σαφῆ συμπτωματολογίαν χαρακτηριζομένην ἀπὸ ἐπιμόνους πόνους κατὰ τὴν χοληδόχον, ἢ ἐκδηλουμένην ὡς σύνδρομον τοῦ χοληδόχου πόρου μὲ ἐμπύρετον ἴκτερον.

— Ἡ ἡμικρανία μετὰ ἀγγειοκινητικῶν διαταραχῶν τοῦ προσώπου καὶ τῶν ἄλλων συνήθων χαρακτήρων τῆς, διακρίνεται ἀπὸ τὸ γεγονός, ὅτι ταύτης προηγούνται ὑπὶκτερος καὶ ἄφθονοι χολῶδεις ἔμετοι.

Ἐκτελούμενος τὸ δωδεκαδακτύλου ἀποκαλύπτει τὴν ὑποτονικὴν κατάστασιν τῆς χοληδόχου. Ἐκτελούμενος κατὰ τὴν παλαιάν μέθοδον θὰ μᾶς ἀποδώσῃ μίαν χολὴν Β, ἐξαιρετικῶς ἄφθονον εἰς

ποσότητα, σκοτεινοῦ χρώματος, μέλανος — καστανοῦ, καὶ λίαν συμπεπυκνωμένην. Συνήθως ἡ χολὴ αὕτη ρεεῖ ἀμέσως, ἐνίοτε ὁμως, λόγῳ τῆς ἀτονίας τῶν τοιχωμάτων τῆς χοληδόχου, ἀπαιτεῖται διὰ τὴν ἐκκένωσιν τῆς ἢ ἔγχυσις θεϊκῆς μαγνησίας καὶ ἰδίως θερμοῦ ἐλαιολάδου. Ἡ ἐκκένωσις τῆς χοληδόχου ἐπιτυγχάνεται ἐπίσης κατὸ πιν ἐνδομυϊκῆς ἐνέσεως ἐκχυλίσματος ὀπισθίου λοβοῦ τῆς ὑποφύσεως. Ἡ καθυστέρησις καὶ αἱ δυσχέρειαι περὶ τὴν ἐκκένωσιν χαρακτηρίζουν τὴν χολοκυστατονίαν. Δέον ὁμως νὰ σημειωθῇ, ὅτι ἡ «μέλαινα χολή» δὲν παρατηρεῖται μόνον εἰς τὰς χολοκυστατονίας. Ἐνίοτε αὕτη ὀφείλεται εἰς ἡπατικά αἴτια, εἰς καταστάσεις ὑπεραιμούσεως, ὅπως ἡ κακοήθης ἀναιμία, ὁ αἱμολυτικός ἴκτερος, ἀλλὰ παρατηρεῖται καὶ κατὰ τὴν ἀνάρρωσιν ἐξ ἐνὸς καταρροϊκοῦ ἴκτερου, ἢ καὶ εὐθὺς ἀμέσως μετὰ τὴν ἀπελευθέρωσιν τοῦ χοληδόχου πόρου ἐκ μιᾶς ἀποφράξεως, ὅποτε ὁ ὀργανισμὸς ἀπαλλάσσεται προοδευτικῶς τῆς ἐκεῖ συγκεντρωθείσης χολῆς.

Ὁ χρονικὸς καθητηριασμὸς ἐνισχύει ἔτι περισσότερον τὴν διάγνωσιν τῆς χολοκυστατονίας. Κατὰ τοῦτον ὁ χρόνος τῆς χοληδόχου κύστεως παρατείνεται καὶ πέραν τῆς ὥρας, ἀντὶ τῶν 20 λεπτῶν. Ἡ ποσότης ἐπίσης τῆς χολῆς Β εἶναι πάντοτε κατὰ πολὺ μεγαλύτερα τῆς φυσιολογικῆς. Αἱ χολοχρωστικαὶ εἶναι ἐπίσης λίαν ἠύξημένοι. Δέον νὰ σημειωθῇ, ὅτι κατὰ τὴν χολοκυστατονίαν, μετὰ τὸν δευτέρον ἐρεθισμὸν δι' ἐγγύσεως διαλύματος θεϊκῆς μαγνησίας, ἔχομεν συχνὰ καὶ νέον χρόνον ἐκκενώσεως τῆς χοληδόχου κύστεως. Οὗτος ἐκδηλοῦται διὰ τῆς ροῆς καὶ νέας ποσότητος χολῆς Β, ποικίλης διάρκειας καὶ ποικίλης ποσότητος. Τὴν συλλεγεῖσαν ταύτην νέαν ποσότητα χολῆς θὰ προσθέσωμεν εἰς τὴν πρὸ τοῦ δευτέρου ἐρεθισμοῦ τηράς ἐκκενώσεως, τὸν ὅποιον θὰ προσθέσωμεν εἰς τὸν πρῶτον. Οὕτω καὶ μόνον, θ' ἀποκτήσωμεν πλήρη ἀντίληψιν τοῦ συνολικοῦ χρόνου ἐκκενώσεως ὡς καὶ τῆς συνολικῆς ποσότητος συλλεγείσης χολῆς Β. Εἰς μίαν ἐκ τῶν περιπτώσεών μας χολοκυστατονίας ἀνεύρομεν ποσότητα χολῆς Β, 125 κ.έκ. μετ' χρόνον ἐκκενώσεως 1 ὥραν καὶ 45'.

Ὅσον ἀφορᾷ τοὺς ἄλλους χρόνους τοῦ καθητηριασμοῦ, ὁ τοῦ χοληδόχου πόρου εἶναι φυσιολογικὸς ἢ ἐμφανίζεται ἀμέσως χολὴ Β, εἰς περιπτώσεις ἀτονίας τοῦ κυστικοῦ πόρου καὶ τοῦ σφιγκτήρος τοῦ Oddi. Ὁ χρόνος τοῦ κλειστοῦ Oddi δυνατὸν νὰ εἶναι φυσιολογικός, ἄλλοτε βραχὺς καὶ ἄλλοτε πλέον παρατεταμένος τοῦ φυσιολο-

γικοῦ. Ὁ χρόνος ροῆς χολῆς Α εἶναι συνήθως παρατεταμένος, ἰδίως εἰς άτονας τοῦ σφιγκτήρος τοῦ Oddi.

Τά ἀκτινολογικά σημεῖα τῆς χολοκυστατονίας εἶναι τὰ ἐξῆς : εἰς πρηνῆ θέσιν ἐπιμήκυνσις τῆς χοληδόχου κύστεως, ἐνῶ εἰς ὀρθίαν θέσιν παρατηρεῖται διεύρυνσις τοῦ πυθμένος τῆς. Εἰς τὰς ἀκτινογραφίας κατὰ μέτωπον καί ἐκ τῶν πλαγίων παρατηρεῖται πάντοτε αὐξήσις τοῦ μεγέθους τῆς. Κατόπιν γεύματος Boyden ἢ ἐκκένωσις τῆς χοληδόχου εἶναι λίαν βραδεία, τόσον ὥστε νά ὑπολείπεται τῆς φυσιολογικῆς κατὰ δύο καί πλέον ὥρας.

Εἰς τινας περιπτώσεις τὸ σύνδρομον τοῦτο τῆς χολοκυστατονίας δυνατὸν νά ὀφείλεται καί εἰς λειτουργικόν—ὀργανικὸν αἷτιον, ὅπως σπασμὸν λόγῳ φλεγμονῆς παρά τὸν αὐχένα τῆς χοληδόχου ἢ εἰς ἐμπόδιον ὀφειλόμενον εἰς συγγενῆ ἀνωμαλίαν. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς προηγείται μία πρώτη φάσις ἀμύνης τῆς χοληδόχου ἐναντι τοῦ ἐμποδίου. Κατὰ τὴν φάσιν ταύτην οἱ ἄρρωστοὶ παραπονοῦνται διὰ συχνούς πόνους ἔχοντας τοὺς χαρακτηῆρας τῶν κωλικῶν τοῦ ἥπατος. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς ὁ χρονικὸς καθητηριασμὸς ἀποκαλύπτει λίαν παρατεταμένον χρόνον τοῦ κλειστοῦ Oddi ὡς καί παρατεταμένον χρόνον ροῆς χολῆς Β, ἥτις ρεεῖ διακεκομμένως καί ἐπώδυνως. Κατὰ τὴν δευτέραν φάσιν, ἡ χοληδόχος κάμπτεται, δὲν παλαίει κατὰ τοῦ ἐμποδίου, διατείνεται καί τοιουτοτρόπως ἐπέρχεται ἡ φάσις τῆς ἀσυστολίας. Αἱ ἐπώδυνοι κρίσεις εἶναι ὀλιγώτερον ἔντονοι καί ἐπέρχονται κατὰ ἀραιὰ χρονικὰ διαστήματα.

Ἐνίοτε ὑπάρχουν συνδεδεασμένα διαταραχαὶ τοῦ χρόνου ἐκκένωσης τῆς χοληδόχου κύστεως μετὰ τοῦ χρόνου τοῦ κλειστοῦ Oddi. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς ἡ ἐπίδρασις τῆς νοβοκαΐνης ἐπὶ τοῦ κλειστοῦ Oddi εἶναι ἄμεσος καί ἀκολουθεῖται ἀπὸ χρόνον τῆς χοληδόχου κύστεως, ἔχοντα ὅλους τοὺς χαρακτηῆρας τοῦ παθολογικοῦ τοιοῦτου ἢ τῆς ὑπερτονίας τοῦ κυστικοῦ πόρου, ἥτοι διακεκομμένην ροὴν χολῆς Β, συνοδευομένην ὑπὸ πόνων. Ἐνίοτε ἐπίσης παρατηρεῖται συνύπαρξις παρατάσεως τοῦ χρόνου τοῦ Oddi, ἥτις ὅμως ὑποχωρεῖ μὲ τὴν ἔγχυσιν τῆς νοβοκαΐνης, ἂν καί δὲν ὑπάρχει πραγματικὴ ὑπερτονία τοῦ Oddi. Πρὸς ἐξήγησιν τῆς ἀνωτέρω ἐπιδράσεως ὁ Albot παραδέχεται, ὅτι ἡ σύσπαισις τῆς χοληδόχου κύστεως, ἐξωθοῦσα τὴν χολήν, προκαλεῖ διάνοξιν τοῦ κυστικοῦ πόρου, ὅστις εἶναι ἀντανεκλαστικογόνος ζώνη. Ἡ διάνοξις προκαλεῖ, δι' ὁμολογίου ἀντανεκλαστικοῦ, τὴν διάνοξιν τοῦ σφιγκτήρος τοῦ Oddi. Ὑπάρχει ὅμως καί τὸ ἀντίστροφον ἀντανεκλαστικὸν μεταξύ σφιγκτήρος Oddi καὶ κυστικοῦ πόρου. Οὕτως ἡ νοβοκαΐνη παραλύουσα

τόν τόνον ἢ τόν παροδικόν σπασμόν τοῦ Oddi προκαλεῖ ἀντανακλαστικῶς χαλάρωσιν τοῦ σπασμοῦ τοῦ σφιγκτήρος τοῦ κυστικοῦ πόρου.

* * *

Ἐκ τῶν ὄσων ἐξεθέσαμεν προκύπτει τὸ συμπέρασμα, ὅτι εἶναι δυνατόν νά διαχωρισθῇ ἐν ἰδιαίτερον σύνδρομον, τὸ σύνδρομον τῶν δυσκινησιῶν τῆς χοληδόχου κύστεως καὶ τῶν χοληφόρων ὁδῶν, με ἴδια κλινικά καὶ ἐργαστηριακά σημεῖα. Βεβαίως, ἀρκετά σημεῖα, ἀφορῶντα ἰδίως τὰ εὐρήματα τοῦ χρονικοῦ καθετηριασμοῦ, ἀποτελοῦν εἰσέτι τὸ ἀντικείμενον κριτικῆς ἐρεύνης. Δυνάμεθα ὁμως νά βεβαιώσωμεν, ὅτι χάρις εἰς τόν συνδυασμόν τῆς κλινικῆς, τῆς ἀκτινολογίας καὶ ἰδίως χάρις εἰς τόν χρονικόν καθετηριασμόν, ἐξηγοῦνται σήμερον καταστάσεις τῶν ὁποίων ἡ αἰτιολογία ἦτο ἄλλοτε ἄγνωστος καὶ διευρύνεται ὁ ὀρίζων τῶν χειρουργικῶν ἐνδείξεων ἀκόμη καὶ εἰς λειτουργικὰς ἀνωμαλίας. (1)

(1) Βάσει τῶν ἀνωτέρω ἀντιλήψεων ἐξητάσαμεν 135 χολοκυστοπαθεῖς, προβάντες εἰς 251 χρονικοῦς καθετηριασμούς. Τούτους, ἀναλόγως τῶν διαταραχῶν τῶν 5 χρόνων τοῦ καθετηριασμοῦ, κατετάξαμεν ὡς ἑξῆς :

- Ὑπερτονία τοῦ σφιγκτήρος τοῦ Oddi : 16
- Συνδεδασμέναι ὑπερτονία τοῦ Oddi
μετὰ χολοκυστατονίας : 20
- Παρατεταμένος χρόνος ροῆς χολῆς Α : 12
- Χολοκυστατονία : 23
- Ὑπερτονικαὶ καταστάσεις τῆς χοληδό-
χου κύστεως : 7
- Πλήρης ἀπουσία τοῦ χρόνου τῆς χολη-
δόχου κύστεως : 9
- Μετὰ συνδεδασμένης ὑπερτονίας τοῦ
Oddi. : 10
- Ἐπὶ 30 περιπτώσεων ἀνεύρομεν συμπτώ-
ματα δηλοῦντα μείωσιν τοῦ χώρου τῆς
χοληδόχου κύστεως, ἐκ τῶν ὁποίων αἱ
13 συνεδύαζοντο μεθ' ὑπερτονίας τοῦ
Oddi.
- Εἰς 8 ἀρρώστους ὁ καθετηριασμός
ὑπῆρξε φυσιολογικός.

Πέντε ἐκ τῶν περιπτώσεων μας, ἀνήκουσαι εἰς τὴν κατηγορίαν τοῦ μειωμένου χώρου τῆς χοληδόχου κύστεως, ὑπεβλήθησαν εἰς χειρουργικὴν ἐπέμβασιν, ἥτις καὶ ἐπεβεβαίωσε τὴν διάγνωσίν μας.

Οἱ ὡς ἄνω ἀρρώστοι, βάσει τῶν εὐρημάτων τοῦ χρονικοῦ καθετηριασμοῦ, ὑπεβλήθησαν εἰς ἀνάλογον θεραπευτικὴν ἀγωγήν, ἥτις ἐπεβεβαίωσε ἐτι περισσότερον τὴν ἀξίαν τῆς μεθόδου ταύτης.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ν Ι Ε'

Η ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΙΣ

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Ἡ χολολιθίασις εἶναι νόσος συχνή, προσβάλλουσα τὸ 1)10 περίπου ἐκ τῶν ἐνηλίκων. Ἡ συχνότης ὅμως αὕτη ποικίλλει ἀπὸ χώρας εἰς χώραν. Ἀπόλυτοι ἀριθμοὶ δὲν εἶναι δυνατὸν νὰ δοθοῦν, δεδομένου ὅτι ὑπάρχει σημαντικὸν ποσοστὸν «φορέων λίθων», δηλαδὴ ἀτόμων τὰ ὅποια, παρὰ τὸ γεγονὸς ὅτι ἔχουν λίθους, δὲν ἔχουν καμμίαν ἀπολύτως κλινικὴν ἐκδήλωσιν.

Περὶ τὰ τέλη τοῦ 19ου αἰῶνος ἡ νόσος αὕτη ἀνεφέρετο ὡς ἐξαιρετικῶς συχνή. Σήμερον ὅμως, χάρις εἰς τὰς ἀκτινολογικὰς ἐξετάσεις, χάρις εἰς τὰς χειρουργικὰς ἐπεμβάσεις, ἀποδεικνύεται ὅτι πολλαὶ ἐκ τῶν παλαιῶν δῆθεν χολολιθιάσεων ἀνήκουν εἰς τὰς διαφόρους ὁμάδας τῶν χρονίων μὴ λιθιασικῶν χολοκυστιτίδων, τῶν διαφόρων δυσκινησιῶν τῆς χοληδόχου κύστεως καὶ τῶν χοληφόρων ὁδῶν κ.ο.κ.

Ἐπὶ 10.000 νεκροψιῶν ὁ Naungh τὸ 1891 ἀνεύρισκε λίθους τῆς χοληδόχου κύστεως εἰς συχνότητα 9,4%. Ὁ Fibiger ἐν Κοπεγχάγῃ ἀνευρίσκει συχνότητα 11,2%, Ὁ Sheel 11%, ὁ δὲ Hansen 25%.

Ἐν Ἀμερικῇ καὶ Ἀγγλίᾳ τὸ ποσοστὸν εἶναι μικρότερον, ἀνάλογως δὲ τῶν στατιστικῶν κυμαίνεται ἀπὸ 5,7% ἕως 8,5%. Ἐάν συγκρίνωμεν στατιστικὰς διαφόρων Ἠπειρῶν διαπιστώνομεν, ὅτι ὑπάρχει κάποια αἰτιολογία φυλετικὴ καὶ γεωγραφικὴ. Εἶδομεν τὴν συχνότητα ἐν Εὐρώπῃ καὶ ἐν Ἀμερικῇ. Εἰς τὰς ἄλλας χώρας ἡ χολολιθίασις εἶναι σπανία. Εἰς τὴν Ρωσίαν ἀναφέρουν ποσοστὸν 2%, εἰς τὴν Ἰαπωνίαν 3,5%. Εἶναι ἐξαιρετικῶς σπανία εἰς τὸ Ἀννὰμ καὶ τὰς Ὀλλανδικὰς Ἰνδίας, ἄγνωστος δὲ σχεδὸν εἰς τὴν Ἰάβαν καὶ εἰς τοὺς Ἰθαγενεῖς τῆς Αἰγύπτου.

Ἀνάλογοι διακυμάνσεις παρατηροῦνται καὶ εἰς τὰς διαφόρους φυλάς. Οὕτω ὁ Bloch, εἰς τὰς Ἡν. Πολιτείας τῆς Ἀμερικῆς, ἀνευρίσκει εἰς τοὺς Νέγρους ποσοστὸν χολολιθιασικῶν 2,2%, ἐνῶ τοῦτο εἰς τοὺς λευκοὺς ἀνέρχεται εἰς 7,9%. Εἰς τὴν Ἰαπωνίαν διαφέρει καὶ αὕτη αὕτη ἡ σύνθεσις τῆς χολῆς, πτωχῆς εἰς χοληστερόλην καὶ χολικά

άλατα. Αι διαφοραὶ αὗται ὀφείλονται πιθανώτατα εἰς διαιτητικούς λόγους (τροφή πτωχὴ εἰς λευκώματα καὶ λίπη) ὡς καὶ εἰς διάφορον τρόπον διαβιώσεως.

Ἡ ἡλικία παίζει σημαντικὸν ρόλον. Ἡ λιθίασις εἶναι ἐξαιρετικῶς σπανία εἰς ἄτομα κάτω τῶν 15 ἐτῶν, ἐνῶ εἶναι σύνηθες εὕρημα κατὰ τὰς νεκροψίας τῶν γερόντων. Μολαταῦτα ἀναφέρονται καὶ περιπτώσεις χολολιθιάσεως εἰς μικρὰν ἡλικίαν, ἀκόμη καὶ τὴν ἐμβρυϊκὴν. Ὁ Spense, ἀναφέρει περίπτωσιν χολολιθιάσεως εἰς βρέφος ἐκ Νέγρων γονέων, ὅπερ ἀπεβίωσεν ἕξ ὥρας μετὰ τὸν τοκετόν. Ὁ Potler συνεκέντρωσεν ἐκ τῆς βιβλιογραφίας 438 περιπτώσεις χολολιθιάσεως εἰς παιδιά, ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον κάτω τοῦ ἔτους.

Συνήθως ὁμως ἡ χολολιθίασις ἐμφανίζεται μετὰ τὸ 25ον ἔτος, μὲ μεγίστην συχνότητα μεταξὺ 50 ἕως 60. Οἱ ἀριθμοὶ ὁμως οὗτοι δὲν εἶναι ἀπόλυτοι ἐφ' ὅσον γνωρίζομεν, ὅτι, παρὰ τὴν ὑπαρξιν τῶν λίθων, ἡ νόσος αὕτη ἐξελισσεται σιωπηρῶς καὶ ἡ πρώτη κλινικὴ ἐκδήλωσις τῆς δυνατὸν νὰ λάβῃ χώραν μετὰ πάροδον πολλῶν ἐτῶν ἀπὸ τοῦ σχηματισμοῦ των.

Τὸ γυναικεῖον φῶλον εὐνοεῖται μὲ ἀναλογίαν 2,5 — 3 : 1. Ἡ αὕτη προτίμησις παρατηρεῖται καὶ εἰς τὰ ζῷα. Ὡς πρῶτον αἷτιον ταύτης φέρεται ἡ κύησις, εἶναι δὲ γεγονὸς ὅτι ἐκ τῶν χειρουργηθειῶν διὰ λίθους γυναικῶν τὰ $\frac{1}{4}$, τούτων ἀναφέρουν μίαν τοῦλάχιστον κύησιν. Ἀλλὰ καὶ αἱ κλινικαὶ ἐκδηλώσεις τῆς λιθιάσεως εἶναι συχνότεραι εἰς τὰς γυναῖκας, συμβάλλουν δὲ εἰς τοῦτο πιθανώτατα αἱ πολλαπλαῖ κύησεις.

Τὰς σχέσεις τῆς λιθιάσεως καὶ τῶν ἐκδηλώσεών της μετὰ τοῦ φύλου, τῆς ἐμμήνου ρύσεως καὶ τῆς κύησεως δυνάμεθα νὰ συνοψίσωμεν ὡς ἑξῆς:

— Ἐπίδρασις διαφόρων χυμικῶν ἀντιδράσεων σχετικῶν μὲ τὸν γεννητικὸν κύκλον καὶ τὴν κύησιν ἐπὶ τῆς λειτουργίας τῶν χοληφόρων ὁδῶν. Γνωρίζομεν, πράγματι, ὅτι εἰς τὰ φυσιολογικὰ ἄτομα ἡ χοληδόχος κύστις κενοῦται κατόπιν χορηγήσεως λιπαροῦ γεύματος. Εἰς τὰς ἐγκύους ἢ ἐκκένωσις της ἐπιβραδύνεται, τὸ αὐτὸ δὲ φαινόμενον παρατηρεῖται καὶ εἰς τὰ ζῷα. Ὁμοιομόρφως δρᾷ καὶ ἡ ὠοθυλακίη ἐνιεμένη εἰς μεγάλην δόσιν.

— Ἡ ἐμμηνος ρυθμὸς καὶ ἡ κύησις τροποποιοῦν τὴν σύστασιν τῆς χολῆς. Παρατηροῦνται κυρίως ὠρισμένοι διαταραχαὶ τοῦ μεταβολισμοῦ τῆς χοληστερόλης. Κατὰ τοὺς πρώτους μῆνας τῆς κύησεως ἀρκετὰ συχνὰ παρατηρεῖται ἐλάττωσις τῆς χοληστερόλης ἐν τῷ αἵματι, κατὰ δὲ τοὺς τελευταίους μῆνας αὖξισις ταύτης. Ἡ αὖξις

ὅμως τῆς χοληστερόλης ἐν τῷ αἵματι συνυπάρχει, κατὰ τινὰς συγγραφεῖς, μὲ μείωσίν τῆς ἐν τῇ χολῇ. Μετὰ τὴν κύσιν παρατηρεῖται αὐξήσις εἰς πυκνότητα τῆς χοληστερόλης ἐν τῷ αἵματι καὶ ἐν τῇ χολῇ.

— Ὑπεστηρίχθη ὅτι ἡ λειτουργικὴ ἀλλοίωσις τοῦ ἥπατος κατὰ τὴν κύσιν προκαλεῖ ἐλάττωσιν τῆς ἀπεκρίσεως τῶν χολικῶν ἀλάτων, ὑπόθεσις τὴν ὁποῖαν δὲν ἀσπάζεται ὁ Chaibol. Γνωρίζομεν ὅτι ἰn vitro ὁ Zondek ἐπέτυχε τὴν καταστροφὴν τῆς ὠοθυλακίνης τῇ ἐπαφῇ τοῦ ἥπατικοῦ παρεγχύματος, ὁ δὲ Cantarow ἰn vivo, χορηγῶν ἐνδοφλεβίως τὴν ὁρμόνην ταύτην, παρετήρησε τὴν ἀπέκκρισιν τῆς διὰ τῆς χολῆς, ἰδίως κατὰ τοὺς τελευταίους μῆνας τῆς κήσεως. Πιθανῶς ἡ διὰ τοῦ ἥπατος ἀποικοδόμησις τῶν οἰστρογόνων νὰ προκαλῇ ἄφθονον ἔκκρισιν βλέννης τῆς χοληδόχου κύστεως, ἐξ οὗ καὶ ἡ δημιουργία χολοκυστίτιδος. Εἶναι ἐξ ἄλλου γνωστόν, ὅτι μεγάλαί δόσεις ὠοθυλακίνης αὐξάνουν τὴν γλοιότητα καὶ ἐπιβραδύνουν κατὰ 30—40% τὴν ἀπέκκρισιν τῆς χολῆς, ἢ εἰς χοληστερόλην περιεκτικότης τῆς ὁποίας ἐλαττοῦται κατὰ 15—20%, ἐνῶ τὰ χολικά ἅλατα παραμένουν ἀναλλοίωτα. Τὰ εὐρήματα, ταῦτα, κατὰ τὸν Baltesano, μαρτυροῦν μίαν σχέσιν μεταξύ ὠοθήκης καὶ χολολιθίασεως εἰς τὰς γυναῖκας.

— Ἡ κληρονομικότης ἔχει ὑποστηριχθῆ ἀπὸ τὸν Chauffard, ἰδίως ὅσον ἀφορᾷ τὸ γυναικεῖον φύλον, ὡς καὶ ἡ κληρονομικὴ προδιάθεσις. Ἡ λιθίασις λαμβάνει οὕτω θέσιν μεταξὺ τῶν ἄλλων «διαθεσικῶν νόσων», ὅπως ὁ διαβήτης, ἡ παχυσαρκία, ἡ ποδάγρα.

— Ἡ χολολιθίασις συνυπάρχει συχνά μετὰ νεφρολιθίασεως, ἥτις καὶ ἐκδηλοῦται πρώτη. Ἡ ἀρχικὴ νόσος εἶναι ἡ ποδάγρα καὶ ἐπὶ τοῦ ἐδάφους τούτου γεννᾶται καὶ ἐξελίσσεται ἡ χολολιθίασις.

Ἡ ἐξέλιξις αὕτη διευκολύνεται καὶ ἐκ τοῦ γεγονότος, ὅτι ἡ ποδάγρα συνοδεύεται ἀπὸ ὑπερχοληστεριναιμίαν.

— Ἐτερος αἰτιολογικὸς παράγων θεωρεῖται καὶ ἡ λοίμωξις. Πρωτεύουσαν θέσιν μεταξὺ τῶν λοιμωδῶν νόσων κατέχει ὁ τυφοειδῆς πυρετός, δεδομένου ὅτι παρατηρεῖται μεγάλη ἀποβολὴ μικροβίων διὰ τῆς χολῆς. Σήμερον ὅμως ὁ ρόλος οὗτος τίθεται εἰς δευτέραν μοῖραν κατόπιν τῶν νεωτέρων ἐρευνῶν, δεδομένου ὅτι ἡ λιθίασις ἐξακολουθεῖ νὰ ὑπάρχη, ἐνῶ ὁ τυφοειδῆς πυρετός τείνει νὰ ἐξαφανισθῇ. Τὴν αὐτὴν τύχην, ἀπὸ ἀπόψεως αἰτιολογίας, ἔσχον καὶ αἱ ἄλλαι λοιμώξεις, αἱ χρόνιαι ἐντερικαί, αἱ κολοβακιλλώσεις, ὁ ρόλος τῆς χρονίας σκωληκοειδίτιδος, τῆς χρ. δυσκοιλιότητος κ.ο.κ.

Κατὰ τὰ τελευταῖα ἔτη ἔχει παρατηρηθῆ ἄμεσος σχέσις μεταξὺ χολολιθίασεως καὶ ἥπατιτίδων ἐξ ἰοῦ. Ἐπὶ 500 χολολιθιασικῶν

ἀρρώστων τοῦ Chabrol, οἱ 120 ἀνέφερον εἰς τὸ ἀναμνηστικόν των μίαν τοιαύτην ἥπατιτίδα.

Περὶσσότερον ἐνδιαφέρον παρουσιάζουν αἱ σχέσεις τῆς λιθιάσεως ἐκ χολοχρωστικῶν μετὰ τῶν αἰμολυτικῶν καταστάσεων, κατὰ τὰς ὁποίας, ὡς γνωστόν, ἡ κατακρήμνισις τῶν χολοχρωστικῶν εἶναι συχνὴ κατὰ τὸν αἰμολυτικὸν ἴκτερον. Μὲ τὴν ὡς ἄνω κατάστασιν δυνάμεθα νὰ συγκρίνωμεν τὴν ἐλονοσιακὴν λιθιάσιν, παραδεχόμενοι ὡς παράγοντας τῆς λιθιάσεως τὴν αἰμόλυσιν τῶν ἐρυθρῶν αἰμοσφαιρίων κατὰ τὴν κρίσιν.

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Πολλαὶ γνῶμαι καὶ ἀπόψεις ἔχουν ὑποστηριχθῆ ὅσον ἀφορᾷ τὴν παθογένειαν τῆς χολολιθιάσεως. Μολαταῦτα οὔτε καὶ κατὰ τὰ τελευταῖα ἔτη δὲν δυνάμεθα νὰ εἰπώμεν, ὅτι ἔχει ἐπιτελεσθῆ οὐσιαστικὴ πρόοδος. Τοῦτο ὀφείλεται εἰς τὸ ὅτι ἡ συμβολὴ τῆς πειραματικῆς ἐρέυνης καὶ τῆς συγκριτικῆς παθολογίας εἶναι λίαν πτωχῆ, ἐφ' ὅσον πολλὰ ἐκ τῶν ζῶων δὲν παρουσιάζουν χολολιθιάσιν οὔτε καὶ εἶναι δυνατὴ πειραματικῶς ἡ δημιουργία τῆς. Τὸ ἄμεσον ἀποτέλεσμα τῆς ὡς ἄνω καταστάσεως εἶναι αἱ ἀτελεῖς γνώσεις μας ὅσον ἀφορᾷ τὴν θεραπείαν καὶ διαιτητικὴν, τὴν τε προφυλακτικὴν καὶ θεραπευτικὴν.

Διὰ τὴν καλυτέραν ἀντίληψιν τῆς παθογενείας τῆς χολολιθιάσεως, ἀλλὰ καὶ τὴν καλυτέραν ἔρευναν, θὰ πρέπη νὰ διαχωρίσωμεν τὴν χοληδόχον κύστιν καὶ τὰς χοληφόρους ὁδοὺς ἀπὸ τὸ ἥπαρ.

“Ὅσον ἀφορᾷ τὴν χοληδόχον κύστιν αἱ ἀντιγινώμια ἔδωσαν γένεσιν εἰς δύο διαφόρους θεωρίας: τὴν θεωρίαν τῆς στάσεως καὶ τὴν θεωρίαν τῆς λοιμώξεως.

Φαίνεται, ὅτι πρῶτος ὁ Fernel, τὸ 1554, ὄχι μόνον περιέγραψε τὸν λιθιασικὸν ἴκτερον, ἀλλὰ καὶ ὑπέδειξε τὸν ρόλον τῆς στάσεως τῆς χολῆς.

“Ἐκτοτε καὶ ἐπὶ ἔτη, τρεῖς μεγάλοι Σχολαί, τοῦ Naunyn, τοῦ Gilbert καὶ τοῦ Aschoff, ὑπεστήριζον τὰ δύο κύρια κατ' αὐτοὺς αἰτία τῆς λιθιάσεως, τὴν λοιμώξιν καὶ τὴν στάσιν. Κατὰ τὸν Fiesinger ὅλαι αἱ θεωρίαι ἀνευρίσκονται συχνὰ εἰς τὰς αὐτὰς λιθιάσεις. Δι' αὐτὸν ὑπάρχει ἓν λιθογόνον κλίμα, διὰ τὴν ἐκδήλωσιν τοῦ ὁποίου διάφοροι παράγοντες ἐπιδρῶν ποικίλλοντες εἰς σπουδαίωτα καὶ σύνθεσιν εἰς ἐκάστην ἰδιαιτέραν περίπτωσιν.

Ἡ Γαλλικὴ Σχολή, μὲ τὸν Gilbert καὶ τοὺς μαθητὰς του, ὑπέστηριξε τὴν μικροβιακὴν θεωρίαν. Ἀνευρέθησαν μικρόβια εἰς τὰ

τοιχώματα της χοληδόχου κύστεως, έντός της χολής και εις αυτό τουτο τό κέντρον του λίθου. Ἡ θεωρία αὕτη ένισχύει τήν του λιθογόνου κατάρρου του Naungh. Ἀντιθέτως, ὁ Aschoff ὑποστηρίζει τόν παράγοντα της στάσεως, ὀφειλομένης περισσότερον εις λειτουργικάς διαταραχάς ὅσον ἀφορᾷ τήν ἐκκένωσιν της χολής, παρά εις ὀργανικήν στένωσιν. Ἡ λιθίασις ἐμφανίζεται ἐπομένως ὡς ἐξαρτωμένη κυρίως ἀπό βλάβην ἢ δυσλειτουργίαν τῶν χοληφόρων ὁδῶν. Πρόκειται δηλαδή περί νόσου του τοιχώματος, ἐπιδρώσης ἐπί του περιεχομένου.

Ἄς ἴδωμεν ὅμως περιληπτικῶς τάς διαφόρους αὐτάς θεωρίας:

1) Ὁ μηχανικός παράγων: Τό 1905 οἱ Aschoff καί Basmeister ὑποστηρίζουν ὡς δημιουργόν αἷτιον τῶν λίθων τήν στάσιν της χολής. μεταγενεστέρως δέ εις τήν στάσιν ταύτην ἀποδίδουν τήν ἀπορρόφησιν τῶν γλυκοχολικῶν ἀλάτων καί τήν κατακρήμνισιν της χοληστερόλης.

Πειραματικῶς ὅμως δέν κατωρθώθη ἐπί ζῶων ἢ διὰ του μηχανισμού τούτου δημιουργία λίθων. Ἐπιτυγχάνεται μόνον ὁ σχηματισμός ἐνός κράματος ἐκ διαφόρων συστατικῶν της χολής.

Ὁ Fiessinger ὑπεστήριξεν, ὅτι μία μακροχρόνιος στάσις, ὅπως εις τήν περίπτωσιν λοβοῦ του Riedel, δυνατόν νά εὐνοήσῃ τήν δημιουργίαν λίθων. Διά τόν Caroli ὅμως ἡ γνησία στάσις δέν εὐνοεῖ τήν τοιαύτην δημιουργίαν λίθων. Ὡς παράδειγμα ἀναφέρονται περιπτώσεις μηχανικῆς στάσεως, ὡς λ.χ. ἐκ πίεσεως ἐπί μήνας καρκίνου της κεφαλῆς του παγκρέατος, αἱ δυσλειτουργίαι της χοληδόχου, αἷτινες ἐξελίσσονται ἀπό πολλῶν ἐτῶν, στάσις της χοληδόχου ἐκ κάμψεως του κυστικοῦ πόρου ἐξελισσομένη ἀπό 10 ἕως 20 ἐτῶν κ.ο.κ. Εἰς ὅλας αὐτάς τάς περιπτώσεις, παρά τήν ὕπαρξιν της στάσεως, δέν ἐδημιουργήθησαν λίθοι. Εἶναι ἐξ ἄλλου συνήθης ἡ παρατήρησις φυσιολογικῆς ἐκκενώσεως της χοληδόχου κατόπιν γέυματος Boyden, παρά τό γεγονός ὅτι αὕτη περιέχει πολλαπλοῦς λίθους. Ἡ φυσιολογική λειτουργία τοιούτων χοληδόχων ἔχει ἐπιβεβαιωθῆ καί ἀκτινομανομετρικῶς.

Δέν δύναται, ἐπομένως, εις τόν ἄνθρωπον νά θεωρηθῆ ἡ στάσις ὡς τό μόνον αἷτιον της λιθιάσεως. Ἡ διαπίστωσις ἐνός ἐμποδίου, ὅσον ἀφορᾷ τήν ροήν της χολής, δεόν νά θεωρηθῆ μάλλον ὡς ἐπιπλοκή της λιθιάσεως.

2) Ὁ λοιμῶδης παράγων: Μικρόβια προερχόμενα εἴτε ἐκ του ἐντέρου εἴτε διὰ της κυκλοφορίας ἐπιμολύνουν εὐκόλως τήν χολήν

δόχον κύστιν καὶ τὰς χοληφόρους ὁδοὺς. Τὸ 1871 ὁ Naunyn, ὑποστηρίζων τὴν θεωρίαν ταύτην τῆς λοιμώξεως, παραδέχεται ὅτι τὰ μικρόβια προκαλοῦν μίαν ἀπολέπισιν τῶν ἐπιπολῆς κυττάρων τοῦ ἐπιθηλίου, τὰ ὁποῖα ἔχουν ὑποστῆ λιποειδῆ ἐκφύλισιν ἢ εἶναι φορτωμένα μὲ χοληστερόλην. Τὰ κύτταρα ταῦτα, καθ' ὁμάδας, πίπτουν ἐντὸς τῆς κοιλότητος τῆς χοληδόχου καὶ ἐφ' ὅσον δὲν ὑπάρχει ροὴ χολῆς σχηματίζουσι τὸν κεντρικὸν πυρήνα τῶν χολολιθῶν. Παραδέχεται οὕτως, ὅτι τὰ λιποειδῆ ἀπεξεκρίνοντο ἐκ τοῦ βλεννογόνου τῆς χοληδόχου καὶ οὐχὶ ἐκ τοῦ ἥπατικοῦ κυττάρου, θεωρίαν ὑποστηρικθεῖσαν ἐκ νέου μετὰ 20ετίαν ὑπὸ τῶν Chauffard καὶ Gosset εἰς τὰς εἰδικὰς περιπτώσεις μοροειδῶν χοληδόχων.

Τὰ πειράματα εἰς τὰ ζῷα δὲν κατάρθωσαν νὰ δημιουργήσουν γνησίους λίθους. Σήμερον, ἐξ ἄλλου, ἀποδεικνύεται, κατόπιν τῶν ἀσήτητων ἐπεμβάσεων, ὅτι ἡ χοληδόχος κύστις, ἂν καὶ περιέχει λίθους, εἶναι στεῖρα μικροβίων εἰς ποσοστὸν 50—60%. Ἡ παρατήρησις αὕτη ἰσχύει ὄχι μόνον διὰ τοὺς χοληστερινικοὺς λίθους, ἀλλὰ καὶ διὰ τοὺς μικτοὺς. Λοίμωξις ἀνευρίσκεται συχνὰ εἰς τὰς ὀξείας χολοκυστίτιδας, πολὺ ὁμως σπανιώτερον εἰς τὰς χρονίας μορφάς.

Μία ὁμως στάσις μὲ ἐπιπρόσθετον μόλυσιν δύναται νὰ δημιουργήσῃ λίθους εἰς τὸν ἄνθρωπον. Πράγματι, ἔχουν χειρουργηθῆ ἔπανειλημμένως ἄρρωστοι δι' ἀναπαραγωγὴν λίθου τοῦ χοληδόχου πόρου, ἐστενωμένου λόγῳ, π.χ., παγκρεατίτιδος.

Ἡ δευτεροπαθὴς αὕτη λιθίασις τοῦ ἀνθρώπου διαφέρει. Ὁ Aschoff ἀποκαλεῖ τοὺς οὕτω δημιουργουμένους λίθους στάσεις. Πρόκειται περὶ κραμάτων, χροιαῖς καστανο—μελαίνης, σκληρᾶς ἐνίοτε συστάσεως, ἄλλοτε εὐθρύπτων καὶ χροιαῖς βαθέως καστανῆς, εὐκολοδιαλύτων. Ὁμοιάζουν μὲ ὠρισμένους λίθους τοῦ χοληδόχου πόρου, φαινομενικῶς πρωτοπαθεῖς, οἵτινες ὁμως σχηματίζονται ἐντὸς διατεταμένων καὶ ἐπιμεμολυσμένων χοληφόρων ὁδῶν. Ἀπὸ ἀπόψεως συστάσεως οὐδεμίαν ἔχουν σχέσιν μὲ τοὺς λίθους τῆς χοληδόχου, ὁμοιάζουν ὁμως ἀπολύτως μὲ τοὺς εἰς τὰ ζῷα πειραματικῶς δημιουργηθέντας.

Ἐπάρχει ἐπίσης καὶ ἕτερα κατηγορία, σχετικῶς σπανία, δευτεροπαθοῦς λιθίασεως, ὁ λευκὸς λίθος, ἐξ ἀνθρακικοῦ Ca, δημιουργούμενος εἰς ἀποφράξεις τοῦ κυστικοῦ πόρου.

Γενικῶς δυνάμεθα νὰ εἴπωμεν, ὅτι αἱ δύο θεωρίαι, τῆς στάσεως καὶ τῆς λοιμώξεως, αἵτινες ἐκυριάρχησαν ἐπὶ δεκάδας ἐτῶν ἐπὶ τῆς παθογενείας τῆς λιθίασεως, δὲν ἐξηγοῦν παρὰ μίαν ἰδιάζουσαν καὶ σπανίαν μορφήν λιθίασεως εἰς τὸν ἄνθρωπον, τὴν δευτεροπαθῆ χολολιθίασιν. Τὸ αἷτιον τῆς χολολιθίασεως θά

πρέπη, κατά πᾶσαν πιθανότητα, νά ἀναζητηθῆ οὐχί εἰς τὴν χοληδόχον κύστιν καὶ τοὺς πόρους, ἀλλὰ εἰς τὸ περιεχόμενον τούτων, εἰς τὸ ἥπαρ. Οὕτως ἐρχόμεθα εἰς τὴν τρίτην θεωρίαν.

3) Ὁ χυμικός παράγων: Ἀπὸ τοῦ 1882 ἤδη ὁ Bouchard ἀποδίδει τὴν κατακρήμνισιν τῆς χοληστερόλης εἰς τὴν ὀξύνισιν τῆς χολῆς, ἀποτελεσμα γνησίας ὀξίνου διαθέσεως ὀλοκλήρου τοῦ ὄργανισμοῦ. Ἡ ὀξύτης αὕτη συμβάλλει εἰς τὴν ἀπελευθέρωσιν τῶν ἀλάτων Ca τῶν ἰστών καὶ ἥτις ἐντὸς τῆς χολῆς σχηματίζει τοὺς σάπωνας ἢ τὰ ἀσβεστοῦχα ἰζήματα. Ὁ Chauffard ὅμως μετὰ τῶν μαθητῶν του, ὁ Newmann, ἔδωσαν τὰς χημικὰς ἀποδείξεις καὶ τὴν ὥθησιν πρὸς τὴν ἄποιψιν τῆς ἐρεύνης τῆς χολῆς.

Ἡ χολή δὲν περιέχει μόνον χολοχρωστικάς, χοληστερόλην καὶ χολικά ἅλατα· περιέχει ἐπίσης λιποειδῆ, φωσφατίδας, ἰδίως λεκιθίνην, ὡς καὶ μικρὰν ποσότητα οὐδετέρων λιπῶν καὶ σάπωνας. Περιέχει ὡσαύτως οὐρικόν ὀξύ, οὐρίαν καὶ ὄργανικὰς οὐσίας, ἀσβέστιον, μαγνησίαν κ.λ.π.

Ἡ χολή, ὅταν ἀπεκκρίνεται ἐκ τοῦ ἥπατος, ἔχει γλοιώδη σύστασιν, ἐναποθηκευομένη δὲ ἐντὸς τῆς χοληδόχου συμπακνοῦται κατὰ 10 καὶ πλέον φορές. Τὰ κύρια ὅμως στοιχεῖα, ὅπως ἡ χολερυθρίνη, χοληστερόλη, τὸ ἀνθρακικόν καὶ φωσφορικόν Ca , εἶναι ἀδιάλυτα ἐν τῷ ὕδατι. Διὰ τὴν διατήρησιν τῆς χοληστερόλης ἐν διαλύματι εἶναι ἀπαραίτητα τὰ χολικά ἅλατα καὶ εἰς ἀναλογίαν ἄνω τοῦ 13πλάσιου: τοῦτο ἀποτελεῖ τὸ κρίσιμον σημεῖον τοῦ διαλύματος. Πολλὰ τῶν ὡς ἄνω στοιχείων εὐρίσκονται μόνον εἰς κολλοειδῆς ἐναιώρημα. Φυσιολογικῶς ἐπομένως ὑφίστανται ὅλοι ἐκεῖνοι οἱ ὄροι, οἵτινες δύνανται νά διευκολύνουν τὴν λιθιασικὴν κατακρήμνισιν. Εἰς τοῦτο βεβαίως θά πρέπη νά παραδεχθῶμεν τὸν ρόλον μιᾶς χημικῆς διαταραχῆς.

Ἐξητάσθη ἡ ποσοτικὴ αὕτη διαταραχὴ τῶν ἀποτελούντων τὴν χολὴν στοιχείων ὡς πιθανόν αἷτιον τῆς λιθιάσεως. Δυνατὸν νά πρόκειται περὶ περισσείας τῶν πρὸς διάλυσιν οὐσιῶν (χολοχρωστικά καὶ χοληστερόλη), ἀλλὰ καὶ περὶ ἐλλείψεως τοῦ διαλύτου καὶ κυρίως τῶν χολικῶν ἀλάτων.

Ἡ λιθίασις ἐκ περισσείας ὑπάρχει ἀναντιρρήτως. Ἡ ἀνθρωπίνη παθολογία μᾶς προσφέρει μίαν χαρακτηριστικὴν νόσον: τὸν αἰμολυτικὸν ἰκτερον, ἢ προνομιούχος παρατήρησις τοῦ ὁποίου προσλαμβάνει τὴν ἀξίαν αὐτομάτου πειραματισμοῦ. Εἰς τὴν νόσον ταύτην ὑπάρχει εἰς γνήσιος μελαγχρωματικός διαβήτης, ὅστις καὶ μόνον προκαλεῖ τὴν λιθίασιν. Κατὰ τὴν νόσον ταύτην

ή συχνότης τῆς λιθιάσεως ἀναβιβάζεται εἰς 40—68%. Οἱ λίθοι οὗτοι ἀποτελοῦνται ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ἀπὸ χολερυθρινικὸν ἀσβέστιον, ἐνίοτε ὅμως εἶναι μικτοί. Εἰς τὰς περιπτώσεις ταύτας δημιουργεῖται κατακρήμνισις ἐκ περισσείας χολοχρωστικῶν. Χάρις εἰς τὴν σπληνεκτομὴν ἢ νόσος αὕτη ἴσται, διότι ἐπαναποκαθίσταται ἡ ἰσορροπία τῶν στοιχείων τῆς χολῆς τῆς ἀπεκκρινομένης ἐκ τοῦ ἥπατος καὶ τίθεται οὕτω τέρμα εἰς τὸν σχηματισμὸν λίθων. Ἡ λιθίασις τῶν αἰμολυτικῶν ἰκτέρων ἀντιπροσωπεύει ἐπομένως τὴν λιθίασιν ἐκ περισσείας. Τὸ αὐτὸ ὑποστηρίζεται καὶ διὰ τὴν λιθίασιν ἐξ ἀνθρακικοῦ Ca.

Ἡ παθογένεια τῶν πλέον συχνῶν λίθων, δηλαδὴ τῶν χοληστερολικῶν, εἶναι μᾶλλον ἀσαφής, ἂν καὶ παρουσιάζει ἐξαιρετικὸν ἐνδιαφέρον, ἐφ' ὅσον ἀνευρίσκεται σταθερῶς εἰς τὴν ἀσηπτον λιθίασιν τοῦ μεγάλου καὶ μονήρους ἐκ χοληστερόλης λίθου. Ὁ Chauffard παρεδέχετο καὶ ἐδῶ τὴν ἐκ περισσείας λιθίασιν. Πρόκειται δηλαδὴ περὶ χοληστερολικῶν διαβήτου, βάσει τῶν ἐργασιῶν τοῦ Grigouί καὶ προσδιορισμῶν τῆς χοληστερόλης ἐν τῷ αἵματι. Αὕτη εὐρίσκετο ἠδὲ ἐξημενὴ εἰς τὰ νοσήματα ἐκεῖνα, τὰ ὅποια ἐθεώρουσαν ὡς προδιαθέτοντα εἰς λιθίασιν, ὡς λ.χ. παχυσαρκίαν, κῆσιν, τυφοειδῆ πυρετὸν κ.λ.π. δηλαδὴ παρεδέχοντο ὅτι ὁ λίθος ἐσχηματίσθη, ἐπειδὴ τὸ νοσοῦν ἥπαρ ἀπεξέκρινε χολὴν λίαν πλουσίαν εἰς λιποειδῆ καὶ λίαν πτωχὴν εἰς χολαλικὸν ὀξύ. Μεταγενεστέρως ὅμως διεπιστώθη, ὅτι ἡ αὐξήσις αὕτη τῆς χοληστερόλης ἦτο ἀσταθῆς εἰς τὴν λιθίασιν, παρατηρούμενη καὶ εἰς ἄλλας καταστάσεις. Περαιτέρω ὅμως μελέται διεπίστωσαν, ὅτι ἡ χοληστερόλη δὲν ἀνευρίσκετο ἠδὲ ἐξημενὴ εἰς τὴν χολὴν τῶν λιθιασικῶν. Δὲν ὑπάρχει ἐπομένως χοληστερολικὸς διαβήτης, δὲν ὑπάρχει αὐξήσις τῆς χοληστερόλης ἐντὸς τῆς χολῆς, ἄρα δὲν πρόκειται περὶ λιθιάσεως ἐκ περισσείας.

Ἐὰν μία διαταραχὴ τῶν χημικῶν στοιχείων τῆς χολῆς παίξῃ ρόλον εἰς τὴν παθογένειαν τῆς μορφῆς ταύτης τῆς λιθιάσεως, θὰ πρόκειται περὶ διαταραχῆς ἐξ ἐλλείψεως ἀφορώσης τὰς οὐσίας ἐκεῖνας, αἵτινες διαλύουν τὴν χοληστερόλην, καὶ κυρίως τὰ χολικά ἅλατα.

Ἡ διαλυτικὴ ἱκανότης τῶν χολικῶν ἀλάτων *in vitro* εἶναι γνωστὴ ἀπὸ πολλοῦ. Ὁ Luthy ἀπέδειξεν, ὅτι ἡ ἐντὸς τῆς χολῆς ποσότης διαλελυμένης χοληστερόλης εἶναι ἀνάλογος πρὸς τὸ τετράγωνον τῆς συμπεκνώσεως εἰς χολικά ἅλατα. Πτώσις ἐπομένως τοῦ ποσοῦ τῶν χολικῶν ἀλάτων τῆς χολῆς προκαλεῖ τὴν κατακρήμνισιν τῆς χοληστερόλης, ἐξ οὗ καὶ ἡ σημασία τῆς σχέσεως $\frac{\text{χοληστερόλη}}{\text{χολικά ἅλατα}}$, τὴν

ὅποιαν ἐτόνισεν ὁ Newmann.

Σύμφωνα με την τεχνικήν τοῦ ὡς ἄνω συγγραφέως, εἰς τὰ φυσιο-
 λογικά ἄτομα ἡ σχέσις αὕτη εἶναι περί $\frac{1}{15}$, παραμένει εἰς $\frac{1}{16}$ ὅταν
 ἡ χολή περιέχη μόνον λίθους ἐκ χολοχρωστικῶν, κατέρχεται δὲ εἰς
 τὸ $\frac{1}{10}$ προκειμένου περί χοληστερινικῶν ἢ μικτῶν λίθων.

Τὴν ἐλάττωσιν ταύτην τῶν χολικῶν ἀλάτων παραδέχονται καὶ
 ἄλλοι συγγραφεῖς, ὡς ὁ Chiray, ἐργασθέντες ἐπὶ χολῆς ληφθείσης
 διὰ καθητηριασμοῦ τοῦ δωδεκαδακτύλου. Μεγαλυτέραν σημασίαν
 ἔχουν αἱ ἐρευναι τοῦ Andrews ἐπὶ 30 περιπτώσεων χολολιθιάσεως,
 ἐπὶ χολῆς ληφθείσης κατὰ τὴν χειρουργικὴν ἐπέμβασιν. Οὗτος ἀνευ-
 ρίσκει μεγάλην αὐξησιν τῆς ἄνω σχέσεως, ἀπόδειξιν σημαντικῆς
 ἐλαττώσεως τῶν χολικῶν ἀλάτων. Ὁ Chauroi ὁμοίως μετὰ τῶν συνεργ-
 γατῶν του, ἐπὶ 300 φυσιολογικῶν ἢ παθολογικῶν χολῶν δὲν παρετή-
 ρησε τὴν τοιαύτην ἀναστροφὴν τῆς σχέσεως τοῦ Newmann.

Μολταυτὰ καὶ ὁ Chiray καὶ ὁ Ascholf παραδέχονται, ὅτι ἡ
 ἐλάττωσις τοῦ ποσοῦ τῶν χολικῶν ἀλάτων τῆς χολῆς φαίνεται ὅτι
 παίζει σημαντικὸν ρόλον. Παραδέχονται δηλαδὴ τὴν ὑπαρξιν διατα-
 ραχῆς τοῦ περιεχομένου τῆς χοληδόχου, ὁπότε ἡ χοληστερόλη κατα-
 κρημνίζεται λόγῳ πτωχεύσεως εἰς χολικά ἄλατα.

Τὸ ἀναμφισβήτητον σημεῖον τῆς ὡς ἄνω θεωρίας εἶναι ἡ ἐρευνα
 τοῦ τί λαμβάνει χώραν ἐντὸς τῆς χοληδόχου. Ποῖον ὁμοίως τὸ αἷτιον;
 Κατὰ τὴν θεωρίαν τοῦ Andrews, ὑπάρχει μία λειτουργικὴ διαταρα-
 χὴ τοῦ τοιχώματος τῆς χοληδόχου κύστεως. Γνωρίζομεν πράγματι,
 κατόπιν τῶν πειραμάτων τοῦ Randin, ὅτι φυσιολογικῶς τὸ ὕδωρ
 ἀπεκκρίνεται ἐκ τῆς χοληδόχου καὶ ὡς ἐκ τούτου ἡ χολὴ συμπυκνοῦ-
 ται εἰς τὸ δεκαπλάσιον καὶ πλέον. Μία ὁμοίως νοσοῦσα χοληδόχος
 συμπαρασύρει μετὰ τοῦ ὕδατος καὶ μεγάλην ποσότητα χολικῶν ἀλά-
 των. Ἡ χοληστερόλη ὁμοίως, ὅπως παρετήρησεν ὁ Andrews εἰς χει-
 ρουργικῶς ἀφαιρεθείσας χοληδόχους κύστεις περιεχοῦσας λίθους,
 δὲν συμπαρασύρεται. Ἡ θεωρία ἐπομένως αὕτη ὑποστηρίζει τὸν
 τοπικὸν παράγοντα τῆς χοληδόχου.

Ὁ Chauffard μετὰ τῶν συνεργατῶν του, ὁ Klenkert, ὑποστηρί-
 ζουν, ὅτι ἡ εἰς χολικά ἄλατα ἀνεπάρκεια τῆς χολῆς εἶναι φύσεως
 ἡπατικῆς. Βασιζόμενοι εἰς ἀναμφισβητήτους χημικὰς ἀναλογίας μετα-
 ξὺ χοληστερόλης καὶ χολαλικοῦ πυρρήνος, ὑποθέτουν ὅτι τὸ ἥπαρ
 μετατρέπει τὴν χοληστερόλην εἰς χολαλικὸν ὀξύ, τὸ ὁποῖον καὶ ἀπο-
 βάλλει ἐντὸς τῆς χολῆς ὑπὸ μορφήν χολικῶν ἀλάτων. Πρόκειται
 ἐπομένως περί εἰδικῆς ἀνεπαρκειᾶς ἀφορώσης τὴν ὑπὸ τοῦ ἥπατος

παραγωγήν χολικών αλάτων. Ούτως ή λιθίασις ἐμφανίζεται ὡς εἰδική μορφή ἀνεπαρκείας τοῦ ἥπατικοῦ κυττάρου.

Δὲν δύναται ὁμως νὰ λεχθῆ, ὅτι ὑπάρχουν καὶ ἀπόλυτοι πειραματικαὶ ἀποδείξεις. Γνωρίζομεν ἐξ ἄλλου, ὅτι ἡ ἄφθονος ἔκκρισις χολικών αλάτων ἐπιτυχᾶνεται χάρις εἰς τὰ ἀμινοξέα καὶ οὐχὶ χάρις εἰς τροφὰς πλουσίας εἰς λιποεἶδη. Τὸ σημεῖον περὶ τοῦ ὁποῦ στρέφεται ἡ παθογένεια τῆς λιθιάσεως εἶναι ἡ μελέτη τῶν χολικών ἀλάτων τῆς χολῆς καὶ τῆς ἐλαττώσεως τῆς παραγωγῆς τῶν. Συγγραφεῖς τινες ὑποστηρίζουν, ὅτι ἡ πτώχευσις εἰς χολικὰ ἄλατα εἶναι ἥπατικῆς αἰτιολογίας εἰς τὸ ἀρχικὸν στάδιον, μεταγενεστέρως δέ, εἰς τὸ λιθιασικὸν στάδιον, τὸ αἷτιον ἀνευρίσκεται ἐντὸς τῆς χοληδόχου. Ἐπὶ τῶν δύο τούτων σταδίων ἐπιμένει ὁ Chiray. Τὸ γεγονός εἶναι, ὅτι γνωρίζομεν τὸ τελικὸν στάδιον τῆς λιθιάσεως, ἐνῶ θὰ ἔπρεπε νὰ γνωρίζομεν τὸ ἀρχικὸν τοιοῦτον.

Ἐν περιλήψει, ἡ ἐπέμβασις τοῦ μικροβιακοῦ παράγοντος δὲν εἶναι ἀπαραίτητος, ἵνα ἀντιληφθῆ τις τὴν διαταραχὴν ἣτις προκαλεῖ τὴν λιθίασιν. Ἀνεζήτησαν ταύτην εἰς τὴν ἄφθονον ἐν τῷ αἵματι χοληστερόλην. Ἄλλοι εἰς τὰς σχέσεις χοληστερόλης—χολικών αλάτων. Τελευταίως δὲ εἰς αἷτια ὁρμονικὰ καὶ εἰς τὴν ἀποβολὴν διὰ τοῦ ἥπατος τῶν οἰστρογόνων.

ΟΙ ΧΟΛΟΛΙΘΟΙ

Ἡ ὄψις, τὸ σχῆμα, τὸ χρῶμα ὡς καὶ ἡ σύνθεσις τῶν ποικίλλουν. Οἱ διάφοροι οὔτοι χαρακτήρες ἐπιτρέπουν ἄρκετὰ συχνά ν' ἀντιληφθῆ τις τὸν τρόπον τοῦ σχηματισμοῦ τῶν ὡς καὶ τὴν παθογένειάν τῶν.

Ἀνευρίσκονται ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ἐντὸς τῆς χοληδόχου κύστεως, ἐν τῷ μέσῳ μακροσκοπικῶς φυσιολογικῆς ἢ παχυρρεύστου χολῆς, ἐλευθεροὶ ἢ προσκεκολλημένοι ὁ εἷς ἐπὶ τοῦ ἄλλου, ἢ ἐνσφηνωμένοι οὔτως εἰπεῖν ἐντὸς τοῦ τοιχώματος τοῦ ὄργανου τούτου. Ἀνευρίσκονται ὁμως καὶ εἰς οἰανδήποτε μοῖραν τῶν χοληφόρων ὁδῶν, κατὰ συχνότητα δὲ ἐντὸς τοῦ κυστικοῦ πόρου, τοῦ χοληδόχου, εἴτε μόνον εἴτε συνυπάρχοντες μετ' ἄλλους ἐντὸς τῆς χολ. κύστεως.

Ὁ ἀριθμὸς τῶν ἐπίσης ποικίλλει. Ἄλλοτε λίθος μονήρης ἢ ἐλάχιστοι εἰς ἀριθμόν, ἄλλοτε καὶ ἀναλόγως τοῦ μεγέθους, 10—50 ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ἢ 100—200, ἢ κατὰ χιλιάδας, ὅποτε δὲν δύναται τις νὰ εἴπῃ ἐὰν πρόκειται περὶ μικροσκοπικῶν λίθων ἢ ἄμμου. Τὸ μέγεθός τῶν ποικίλλει ἐπίσης ἀπὸ κόκκου σιμιγδάλεως μέχρις ὧδου.

Οἱ μορφολογικοὶ χαρακτήρες ὡς καὶ ἡ χημικὴ ἀνάλυσις τῶν

λίθων επιτρέπουν τὴν κάπως σχηματικὴν ταξινομήσιν των εἰς τρεῖς μεγάλας ομάδας.

1) Λίθοι ἐκ χοληστερίνης. Συνήθως ὁ λίθος εἶναι μονήρης, σπανίως δὲ ἀπαντῶνται 3 — 4, χρώματος λευκοκιτρίνου μὲ ἐπιφάνειαν λειαν ἢ κάπως κοκκιώδη, σχήματος στρογγύλου ἢ ῥοειδοῦς καὶ ἐνίοτε μὲ μικράς ἐπιπέδους ἐπιφανείας. Μεγάλοι, ἐφάπτονται ἀπόλυτα πρὸς τὴν ἔσω ἐπιφάνειαν τῆς χοληδόχου. Συστάσεως μᾶλλον μαλακῆς, εὐθρυπτοί, ἐλαφροί, ἐπιπλέουν ἐν τῷ ὕδατι, καίονται εἰς τὴν φλόγα, εἶναι ὁμως ἐλάχιστα ἢ οὐδόλως ὄρατοί εἰς τὰς ἀκτῖνας X.

Ἡ τομὴ τῶν λίθων ἀποκαλύπτει τὴν χαρακτηριστικὴν ἀρχιτεκτονικὴν των: ἐκ τοῦ κέντρου πρὸς τὴν περιφέρειαν τὸ χρῶμα των εἶναι ὁμοιομερές, δίδει δὲ τὴν ὄψιν ἀκτίνων τροχοῦ κατευθυνομένων πρὸς τὸ κέντρον καὶ αἵτινες ἀποτελοῦνται ἀπὸ σήλας κρυσταλλοποιηθείσης χοληστερίνης. Εἰς τὸ κέντρον παρατηρεῖται συχνά πυρὴν χρώματος βαθέος καστανοῦ ἢ πρασινίζων, πυρὴν χολοχρωστικῶν ἐν τῇ ἀρχῇ, κατὰ τὸν Roussing, ἀντικαθιστάμενος ἐνίοτε κατὰ τὴν ἀνάπτυξιν τοῦ λίθου ὑπὸ χοληστερίνης. Κατὰ τὸν Aschoff, δὲν πρόκειται περὶ γνησίου πυρήνος, ἀλλὰ περὶ κεντρικῆς ζώνης βαθύτερον κεχρωσμένης καὶ ὀφειλομένης εἰς δευτεροπαθῆ ἀπορρόφῃσιν τῆς χολοχρωστικῆς, ἐνῶ ἡ κατασκευὴ ὁλοκλήρου τοῦ λίθου εἶναι ἀπανταχοῦ ἢ αὐτῇ. Ἡ χημικὴ σύνθεσις τοῦ λίθου τούτου ἀποκαλύπτει χοληστερίνην 98 — 99%, μετὰ τινῶν ἰχνῶν Ca καὶ λευκωμάτων. Ἡ συχνότης τῶν λίθων τούτων ποικίλλει: 6% διὰ τὸν Aschoff, 14% διὰ τὸν Bockus.

2) Μικτοὶ λίθοι χοληστερινο — χολοχρωστικοί. Οὗτοι ἀποτελοῦνται ἐκ χοληστερίνης, χολοχρωστικῶν καὶ ἀλάτων Ca. Εἶναι οἱ πλέον συχνοί, ὁ δὲ Bockus τοὺς ἀνευρίσκει εἰς ποσοστὸν 82%. Ἐντὸς τῆς χοληδόχου ἀνευρίσκονται πολλοὶ τὸν ἀριθμὸν καὶ ἔχουν τὸ αὐτὸ σχῆμα, ἦτοι πολλαπλᾶς ἐπιπέδους ἐπιφανείας ἢ σχῆμα κυβικὸν ἢ πρισματικὸν ἢ πυραμιδοειδές. Ὅσον μικρότεροι, τόσον καὶ περισσότεροι εἶναι. Οἱ λίθοι οὗτοι ἔθεωροῦντο ὑπὸ τῶν Naungh καὶ Aschoff ὡς λοιμώδους ἢ φλεγμονώδους φύσεως. Εἶναι χρώματος ἐρυθροῦ, κιτρίνου, φαιοῦ ἢ πρασινίζοντος ἢ ἔχουν ὄψιν ὁμοιόμορφον ἢ μωσαϊκοειδῆ. Εἶναι βαρύτεροι τῶν προηγουμένων, δὲν ἐπιπλέουν εἰς τὸ ὕδωρ, καίονται δὲ εἰς τὴν φλόγα ἐγκαταλείποντες τέφραν ἐξ ἀσβεστίου. Εἶναι ἀδιαπέραστοι ὑπὸ τῶν ἀκτίνων.

Ἡ τομὴ τῶν λίθων τούτων παρουσιάζει εἰς τὸ κέντρον πυρὴνα μαλακῆς συστάσεως καὶ χρώματος συνήθως καστανοῦ. Πέριξ τούτου

παρατηρούνται όμόκεντροι και έναλλασσόμενοι κύκλοι, όφειλόμενοι εις άλληλοδιάδοχα στρώματα χοληστερίνης, χολοχρωστικών και άσβεστίου. Έχομεν ούτως εικόνα ανάλογον με εκείνην, ην έμφανίζει ή έγκαρσία τομή ενός δένδρου. Οί διάφοροι ούτοι κύκλοι ποικίλλουν ή έγκαρσία τομή ενός δένδρου. Οί διάφοροι ούτοι κύκλοι ποικίλλουν εις χρώμα, από άνοικτου φαιοϋ ή σχεδόν λευκοϋ μέχρι βαθέως καστανοϋ ή μαύρου, αναλόγως τής ποσότητος τής χολοχρωστικής. Συνήθως τό χρώμα τοϋ πυρήνος και τών άλληλοδιαδόχων κύκλων εις χρώμα, από άνοικτου φαιοϋ ή σχεδόν λευκοϋ μέχρι βαθέως καστανοϋ ή μαύρου, αναλόγως τής ποσότητος τής χολοχρωστικής. Η έξωτερική έπιφάνεια τοϋ λίθου δυνατόν νά ποικίλη εις χρώμα, σπανίως όμως θά παρατηρηθοϋν έντός τής αύτής χοληδόχου λίθου δευτέρας ή και τρίτης γενέως διακρινόμενοι έκ τής διαφόρου χρωματικής διατάξεως τών κύκλων. Η χημική άνάλυσις δεικνύει χοληστερίνην 94%, χολοχρωστικάς 3%, άσβεσίον 2%.

3) Λίθοι έκ χολοχρωστικών. Πολύ σπανιώτεροι τών προηγουμένων (3,2 — 10%), εις μικροϋ μεγέθους, 1 — 10 χιλιοστ., πολλοί τόν άριθμόν, χρώματος μαύρης έλαίας, με στιλπνήν έπιφάνειαν, άνώμαλοι, γωνιώδεις, ένιοτε κοραλλοειδεΐς, σκληροί τήν σύστασιν, μη έπιπλέοντες έν τῷ ύδατι. Η άρχιτεκτονική των κατά τήν τομήν δυνατόν νά εις άκτινοειδής, συνήθως όμως έμφανίζονται ως όμοιογενείς άνευ ίδιου πυρήνος ή πολλαπλών στρωμάτων.

Έντός τής χοληδόχου κύστεως άνευρίσκονται εις χολήν παχύρρευστον, λίαν γλοιώδη και ύπερχρωμον. Παρατηρούνται εις αίμολυτικές καταστάσεις και εις ώρισμένας κιρρώσεις. Επί 42 Νέγρων πασχόντων έκ δρεπανοκυτταρικής άναιμίας ο Βοσκus τούς άνεϋρε δωδεκάκεις. Χημικώς άποτελοϋνται από λεπτόν στρώμα χολερυθρίνης και άσβεστίου μετά τινων ίχνών χοληστερόλης και χαλκοϋ.

4) Λίθοι έξ άνθρακικοϋ άσβεστίου. Άποτελοϋν, έξαιρετικώς, τετάρτην ομάδα. Τό μέγεθός των ποικίλλει, ένιοτε όμως εις τόσον μεγάλοι, ώστε νά καταλαμβάνουν όλόκληρον τήν χοληδόχον. Έμφανίζονται ως μαλακαί, εύθρυπτοι και λευκαί μάζαι άνθρακικοϋ Ca, υπερ περιέχεται εις αναλογίαν 94%. Τό υπόλοιπον άποτελείται από χοληστερόλην και ίχνη λευκώματος.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΩΝ ΤΗΣ ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΕΩΣ

Αί κλινικαί έκδηλώσεις τής λιθιάσεως τής χοληδόχου κύστεως έμφανίζονται υπό ποικίλας μορφάς. Εις όλας αύτάς τάς περιπτώσεις μέγιστον ρόλον ένέχουν διά τήν διάγνωσιν άφ' ενός μόν τό άναμνηστικόν τοϋ άρρώστου, άφ' έτέρου ώρισμένα κλινικά σημεΐα τόσον σαφή, ώστε νά έπιτρέπουν ταύτην και όταν άκόμη τά έργαστηριακά

ευρήματα είναι άρνητικά, είτε δυσχεροῦς έρμηνείας, όπως τοῦτο παρατηρεῖται μέ τινες χολοκυστογραφίας. Δυνατόν επίσης ή χολολιθίασις νά έκδηλωθῆ τό πρώτον διά τινος έκ τῶν λίαν σοβαρῶν επιπλοκῶν της.

Θά έκθέσωμεν έπομένως τήν εικόνα τῆς νόσου ταύτης ως αὕτη εἶναι δυνατόν νά έμφανισθῆ, ἤτοι μέ τήν ποικιλίαν τῶν κλινικῶν μορφῶν.

Κ λ ι ν ι κ α ἱ μ ο ρ φ α ἱ. 1) Λανθάνουσα μορφή: Εἶναι δυνατόν μία λιθίασις νά μή έκδηλωθῆ καθ' ὅλην τήν διάρκειαν τοῦ μακροῦ βίου ενός ἀτόμου καί ν' ἀνακαλυφθῆ είτε κατά τυχαίαν τινά ἀκτινολογικήν εξέταση δι' ἄλλην αἰτίαν είτε κατά τινά νεκροψίαν. Ἡ παρουσία έπομένως λίθων έντός τῆς χοληδόχου δυνατόν νά μή ἔχη οὔδεμίαν κλινικήν έκδήλωσιν. Εἰς τήν μορφήν ταύτην άνευρίσκονται ὅλαι αἱ δυνατόι ποικιλίαι: λίθοι πολλαπλοῖ ἢ μονήρεις, κινητοί έντός τῆς χοληδόχου, ἥτις διατηρεῖ τήν φυσιολογικήν λειτουργίαν της ἢ ἀποφράσσεται τελείως ἀπό μέγαν μονήρη ἢ πολλαπλοῦς μικροῦς λίθους. Ἡ συχνότης τῆς λανθανούσης ταύτης λιθιάσεως ἀναβιβάζεται ἀπό μέν τόν Charcot εἰς τά 3|4 τῶν περιπτώσεων, ἀπό δέ τόν Naunyn εἰς τά 9|10.

Ἐκάστης λιθιάσεως, έπομένως, προηγείται μακρά περίοδος κλινικῆς σιγῆς. Ἡ νόσος έξωτερικεύεται θορυβῶδως, κατά δέ τόν Caroli τοῦτο λαμβάνει χώραν, όταν προσβληθῆ ὁ κοινός χοληδόχος πόρος, δηλαδή όταν ἀρχίζη νά πάσχη λειτουργικῶς, ὁπότε καί αὕτη αὕτη ἢ χολοκυστεκτομή δέν δύναται πλέον ν' ἀνακουφίση τόν ἄρρωστον. Ἄλλοτε ἢ λιθίασις ἀρχίζει νά έκδηλοῦται τό πρώτον κλινικῶς, είτε λόγω μετακινήσεως είτε λόγω ένσφηνώσεως τῶν λίθων έντός τοῦ κυστικοῦ πόρου, ὁπότε έπιμολύνεται καί ἡ χοληδόχος κύστις.

Ἄλλά καί διαιτητικά αἰτία δυνατόν νά προκαλέσουν μίαν κρίσιν. Κατά τόν πόλεμον καί τήν κατοχήν αἱ περισσότεραι κρίσεις χολολιθιάσεως έξηφανίσθησαν ἔλλείψει λιπαρῶν καί πλουσίων γευμάτων, ἵνα επανεμφανισθοῦν μόλις ἀποκατεστάθη ἡ κανονική διατροφή τοῦ πληθυσμοῦ.

2) Δυσπεπτική μορφή: Καί ἡ πλέον γνησία χολολιθίασις δύναται νά έκδηλωθῆ μέ φαινόμενα, τά ὁποῖα κάθε ἄλλο παρά προσανατολίζουν πρὸς μίαν βλάβην τῆς χοληδόχου, τούναντίον δέ παραπλανοῦν τόσον, ὥστε νά συνηγοροῦν περί συμπτωματικῆς συνυπάρξεως δύο διαφόρων νόσων. Ὁ πόνος, εἰς τήν μορφήν ταύτην, χωρίς ν' ἀποκλείεται, δέν εἶναι συνήθης. Τά συμπτώματα στρέφουν τήν προσοχήν πρὸς τόν στόμαχον, τό έντερον, ἢ πρὸς μίαν ἡμικρανίαν.

Τὰ ἐκ τοῦ στομάχου συμπτώματα ποικίλλουν, ὁ δὲ ἄρρωστος παραπονεῖται διὰ τὰυτὰ κατὰ τὴν διάρκειαν ἢ εὐθὺς μετὰ τὸ γεῦμα: αἰσθημα διατάσεως ἢ βάρους ἢ τοπικῆς θερμότητος μετὰ ἐλαφρὰν ἐνίοτε ζάλην, αἰσθημα ναυτιάσεως, ἔρυγαί καὶ ἔμετοι, δηλαδὴ ἐνοχλήματα τὰ ὅποια ἀποδίδονται συνήθως εἰς ἀεροφαγίαν. Ἡ σιαλόρροια δυνατὸν νὰ συνοδεύῃ τὰ δυσπεπτικά ταῦτα φαινόμενα καὶ νὰ ἐξαφανίζεται συγχρόνως μετὰ αὐτά. Ἡ δυσπεπτικὴ αὕτη κατάστασις διαρκεῖ ἐπὶ ἔτη, ὅποτε ἡ ἐκδήλωσις ἐνὸς ἐπωδύνου συνδρόμου ἀποκαλύπτει τὴν πραγματικὴν τῶν αἰτίαν.

Ἄλλοτε πάλιν ἡ δευτεροπαθὴς αὕτη δυσπεψία προσλαμβάνει τὴν μορφήν ἐπιγαστραλγίας καὶ συγχέεται μετὰ τὸ ἔλκος: Πόνος φουσιγκτικός, ἰδίως νυκτερινός, ἀνακουφιζόμενος μετὰ τὴν λήψιν τροφῆς. Ἡ λεπτομερὴς ὁμωσ ἀνάλυσις τῶν χαρακτηριστῶν καὶ τῆς εἰς τὸ 24ωρον καὶ τὸ ἔτος ἐξελίξεως τῶν πόνων θ' ἀποκλείσῃ εὐκόλως τὸ ἔλκος (βλ. σελ. 52).

Συχνά, τὸ πρῶτον καὶ μόνον κυρίαρχον σύμπτωμα εἶναι ἡ ναυτίσις, ἣτις παρά τὴν ποικιλίαν τῶν χορηγουμένων φαρμάκων δὲν ὑποχωρεῖ. Εἰς τὴν χολοκυστίτιδα, ὅπως καὶ εἰς τὴν σκωληκοειδίτιδα, παρατηρεῖται ἡ μορφή αὕτης τῆς ναυτιάσεως.

Ἄλλοτε πάλιν τὸ μόνον ἐπικρατοῦν σύμπτωμα εἶναι ὁ ἔμετος. Τροφώδης, ἐπέρχεται ὡς εἰς περίπτωσιν στενώσεως τοῦ πυλωροῦ, ἥτοι πολλὰς ὥρας μετὰ τὴν λήψιν τοῦ γεύματος, ἄλλοτε ὡς εἰς καρδιόσπασμον, ἐπερχόμενος πρωΐμας. Τὰ φαινόμενα ταῦτα ὀφείλονται συνήθως εἰς πίεσιν τοῦ στομάχου ἀπὸ τὸ κόλον, εἴτε παρά τὸν ἄνω πόλον εἴτε παρά τὸν πυλωρόν.

Μόνον σύμπτωμα ἐπίσης δυνατὸν νὰ εἶναι καὶ ἡ ἀεροφαγία, χαρακτηριζομένη ἀπὸ διάτασιν παρά τὸ ἐπιγαστήριον μετὰ ἀφθόνους ἔρυγας καὶ προηγουμένη κατὰ πολλὰ ἔτη τῆς πρώτης ἐπωδύνου ἐκδηλώσεως. Σημειωτέον, ὅτι, παρά τὴν ἐντόπισιν τῆς διατάσεως ἐντὸς τοῦ στομάχου, ἀλλὰ ἐντὸς τοῦ παχέος ἐντέρου καὶ κυρίως τῆς ἀριστερᾶς κολικῆς καμπῆς.

Ἐν τῇ ἀρχῇ τῆς νόσου παρατηρεῖται συνήθως αὐξήσις τῆς γαστρικῆς ὀξύτητος, ἐλάττωσις δὲ εἰς τὰς χρονίας περιπτώσεις. Μετὰ τὴν ἀφαίρεσιν ὁμωσ τῆς χοληδόχου κύστεως οὐδεμία παρατηρεῖται μεταβολὴ τοῦ γαστρικοῦ χημισμού, ὅστις παραμένει οἷος ἦτο καὶ πρὸ τῆς ἐπεμβάσεως.

Τὰ ἐκ τοῦ ἐντέρου ἐνοχλήματα προσλαμβάνουν ἐνίοτε τὴν μορφήν κολίτιδος μετὰ αὐτομάτους ἢ παροξυντικούς πόνους, ἐντοπιζόμενους παρά τὸ κατὶόν—σιγμοειδές. Ἄλλοτε ἐμφανίζονται διαρροϊκά

φαινόμενα κατά την διάρκειαν ἢ εὐθὺς ἀμέσως μετὰ τὰ γεύματα, μετὰ ἐντόνων κωλικῶν, ὁπότε θὰ πρέπει νὰ διαχωρισθοῦν ὠρισμένων ὑπερχλωρυδριῶν ἢ χρονίων δυσπεψιῶν. Τὰ ἐναλλασσόμενα ταῦτα φαινόμενα διαρροίας καὶ δυσκοιλιότητος σπανίως ἀπουσιάζουν εἰς τὰς χολοκυστοπαθείας, παραμελοῦνται ὁμως ὑπὸ τῶν ἀρρώστων. Εἰς τὴν μορφήν ταύτην δεόν νὰ προσθέσωμεν τὸ ἐντεροχολοκυστικὸν σύνδρομον, τὴν παλαιάν τυφλοχολοκυστίτιδα, εἰς τὴν ὁποίαν δὲν ἀποδίδεται σήμερον ἡ σημασία ἣτις ἀπεδίδοτο εἰς αὐτὴν ἄλλοτε, παρὰ τὸ γεγονός ὅτι εἶναι πλέον συχνὴ ἀπὸ τὸ κλασσικὸν ἐντερονεφρικὸν σύνδρομον.

Ἡ ἡμικρανία εἶναι ἐνίοτε τὸ μοναδικὸν σύμπτωμα μιᾶς λανθανούσης χολολιθιάσεως, ἂν καὶ αἱ σχέσεις της μετὰ τῶν παθήσεων τῆς χοληδόχου δὲν ἔχουν πλήρως διευκρινηθῆ.

Αἱ παρατηρούμεναι κατὰ μίαν λιθιασιν ἡμικρανίαι ποικίλλουν εἰς κλινικὰς ἐκδηλώσεις. Ἄλλοτε ἔχομεν μεγάλην κρίσιν ἡμικρανίας. Συνήθως παρατηροῦνται μικραὶ τοιαῦται, διάρκειας πολλῶν ἡμερῶν, κατὰ τὸ μᾶλλον ἢ ἥττον ἐπηρεαζόμεναι ἀπὸ τὰ γεύματα. Ὁ μετωπιαῖος, βρεγματικὸς ἢ ἱνιακὸς πόνος συνοδεύεται ἀπὸ αἰσθημα ναυτιᾶσεως, ἐνίοτε καὶ ἐμέτους. Αἱ ἡμικρανίαι αὗται συνήθως προηγοῦνται κατὰ πολὺ τῶν πόνων τῆς χοληδόχου. Ἐάν ὁμως ὁ συνδυασμὸς τῶν δύο αὐτῶν νόσων εἶναι κλινικῶς ἀναμφισβήτητος, κάθε ἄλλο παρὰ βέβαιον εἶναι, ὅτι ἡ ἡμικρανία τελεῖ ὑπὸ τὴν ἄμεσον ἐξάρτησιν τῆς πλημμελοῦς λειτουργίας τῆς χοληδόχου ἢ τῶν χοληφόρων ὁδῶν. Ὑπάρχει μία συνταύτισις ἐδάφους καὶ ἐξαρτῶνται πιθανῶς ἐξ ἐλαττωματικῆς ἥπατικῆς ἐκκρίσεως. Ὁ Caroli παρετήρησεν, ὅτι, κατὰ τὰς μεγάλας ἰδίως κρίσεις τῆς ἡμικρανίας, αὐξάνει πολὺ καὶ ποσοτικῶς καὶ ποιοτικῶς ἡ ροὴ τῆς χολῆς, μὲ ἀποτέλεσμα τοὺς χολώδεις ἐμέτους καὶ τὴν διάρροϊαν. Ὑποστηρίζει ἐπὶ πλέον ὅτι ἡ «ἡμικρανικὴ διάθεσις» πρέπει νὰ θεωρηθῆ ὡς τὸ πρωταρχικὸν γεγονός, ἐνῶ αἱ ἐκ τῆς χοληδόχου ἐκδηλώσεις δὲν εἶναι παρὰ ἡ πιθανὴ ἐπιπλοκὴ τούτου. Εἶδομεν ἐξ ἄλλου ὅτι τὰ φαινόμενα τῆς ἡμικρανίας προηγοῦνται τῶν χολοκυστικῶν ἐκδηλώσεων, ἐξακολουθοῦν δὲ νὰ ὑφίστανται καὶ μετὰ τὴν ριζικὴν θεραπείαν τῆς χολοκυστίτιδος. Τὰ παρατηρούμενα φαινόμενα δυσκινησίας ὀφείλονται εἰς τὴν λόγῳ τῆς μεγίστης αὐξήσεως τοῦ ὄγκου τῆς χολῆς ὑπερβολικὴν φόρτωσιν τῶν χοληφόρων ὁδῶν, ὁπότε διατείνεται ἡ χοληδόχος ἢ προκαλεῖται ἐπώδυνος κάμψις παρὰ τὸν αὐχένα. Ὅσον ἀφορᾷ τὰς σχέσεις μετὰ τῆς λιθιάσεως, λαμβανομένης ὑπ' ὄψιν τῆς προαναφερ-

ώστε ο όρος «κωλικός» νά μή άνταποκρίνεται πρός τήν πραγματικότητα.

Οι άρρωστοι αύτοι είναι λίαν άνήσυχοι, κραυγάζουν λόγω του πόνου, συστρέφονται έντός της κλίνης των ή τούναντίον προσπαθούν ν' άνεύρουν μίαν στάσιν, ήτις θά τους άνακουφίση, κάμπτοντες τους μηρούς πρός τήν κοιλίαν. Ή ναυτίασις είναι συνήθης, ένίστε δέ έμφανίζουσι και έμέτους.

Ο πόνος έχει δύο ζώνας προσθίας προβολής: Ή πρώτη, λίαν χαρακτηριστική, είναι παρά τό ήπαρ, εις τό δεξιόν ύποχόνδριον και άντιπροσωπεύει τήν ακριβή τοπογραφίαν της χοληδόχου κύστεως και των χοληφόρων οδών. Ή δευτέρα, σχεδόν έξ ίσου συχνή, μεταφέρεται πρός τά άριστερά και καταλαμβάνει τό έπιγάστριον. Δέον νά τονισθῆ ότι ο κωλικός του ήπατος, κατά τήν έισβολήν του τουλάχιστον και εις τάς πλέον όξειας κρίσεις, είναι αισθητός έξ ίσου εις τό έπιγάστριον όπως και εις τό δεξιόν ύποχόνδριον. Ή διάτασις των χοληφόρων οδών προκαλεί συχνότατα ένα «μεταφερόμενον» πόνον κατά τό έπιγάστριον.

Ή άντανάκλασις του πόνου άπουσιάζει σπανίως, προβάλλουσα όπισθεν και εις τό δεξιόν ήμιθωράκιον. Ο άρρωστος έχει τήν έντύπωσιν, ότι ο πόνος άλλοτε μέν ακολουθει τήν φοράν των πλευρικων τόξων πρός τά όπισθεν, άλλοτε δέ είναι διαξιφιστικός κατ' εύθειαν και όπισθεν. Ή όπισθία αύτη άντανάκλασις προβάλλει συνήθως πρός τήν έξω μοίραν του ΙΙου μεσοπλευρίου διαστήματος, εις τό σημείον δέ αυτό ο πόνος είναι λίαν αισθητός και λίαν έντονος. Άντιστοιχεί εις ζώνην ύπερευαισθησίας του δέρματος, του ύποδορίου ιστου και των μεσοπλευριων μυων, έκτάσεως μικρας παλάμης (σημείον του Βοας). Συχνάκις όμως ή όπισθία αύτη προβολή εύρίσκεται ύψηλότερα, ύπό τήν δεξιάν ώμοπλάτην, όπου και καταλαμβάνει μεγαλυτέραν έκτασιν. Ένίστε είναι κεντρική ή συμμετρικώς άμφοτερόπλευρος έκατέρωθεν της σπονδυλικής στήλης. Τέλος, ο πόνος προβάλλεται ένίστε πρός τόν ώμον και τόν δεξιόν βραχίονα.

Ή άνσκοπή της άνάπνοης συμπληρώνει τήν κλινικήν έκκόνα του κωλικου του ήπατος. Παρατηρείται εις τάς ήμίσεις και πλέον των περιπτώσεων, συνίσταται δέ εις λίαν έπώδυνον αίσθημα καταπίσεως και άσφυξίας. Έλαφροτέρας έντάσεως έκδηλοϋται ως δυσχέρεια βαθείας άνάπνοης. Ή δυσχέρεια αύτη περι τήν άνάπνοην ύπερτερεί ένίστε και αυτού του πόνου. Ο Ινγ προόκάλεσεν εις τά ζώα τό αίσθημα τουτο, κατόπιν διατάσεως των χοληφόρων οδών. Το σημείον τουτο είναι άριστον διαφορικόν σημείον, ως μη παρατη-

ρούμενον κατά τὰς ἐπωδύνους παθήσεις τοῦ στομάχου, δωδεκαδακτύλου, νεφρῶν ἢ παχέος ἐντέρου, αἵτινες δυνατόν νά ὑποδυθοῦν τὸν κωλικὸν τοῦ ἥπατος. Παρατηρεῖται ὁμως εἰς τὴν ὄξειαν παγκρεατίτιδα.

Ἡ ἐξέτασις τοῦ ἄρρωστοῦ εἶναι ἀπαραίτητος ἐν πλήρει κρίσει. Χάρις εἰς τὰ ἴδια σημεῖα θ' ἀποκλείσωμεν μίαν ὄξειαν κατάστασιν χρήζουσαν ἀμέσου χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως. Κατὰ τὴν ψηλάφησιν θὰ διαπιστώσωμεν τὴν κατάστασιν τῆς κοιλίας. Θὰ παρατηρήσωμεν ἐνίοτε ἀντανακλαστικὴν σύσπασιν ὁμοιάζουσαν καὶ ὑπενθυμίζουσαν τὴν κοιλίαν κατόπιν διατρήσεως. Πράγματι, ἄρρωσται ἐκ κωλικοῦ τοῦ ἥπατος ἔχουν χειρουργηθῆ ἐπειγόντως. Ἡ ἀντίστασις αὕτη ἐντοπίζεται συνήθως παρὰ τὸ δεξιὸν ὑποχόνδριον, πέραν τοῦ ὄμφαλοῦ, ποικίλλει εἰς ἔντασιν. Ἡ διαδορὴν ἐπεκτείνεται πέραν τοῦ ὄμφαλοῦ, παρακολούθησις δέον νά εἶναι συφορικὴ διάγνωσις εἶναι δυσχερῆς, ἢ παρακολούθησις δέον νά εἶναι συφορικὴ, θ' ἀναζητήσωμεν δὲ ἐν ἀνάγκῃ ἀκτινολογικῶς τὴν τυχόν ὑπάρχουσαν πνευμοπεριτοναίου διὰ τὴν περίπτωσιν διατρήσεως. Μέχρις ἐπιβεβαιώσεως τῆς διαγνώσεως τοῦ κωλικοῦ δὲν θὰ προβῶμεν εἰς οὐδεμίαν ἔνεσιν μορφίνης κ.λ.π. (βλ. σ. 136).

Ἄλλοτε πάλιν καὶ παρὰ τὴν ἐξαιρετικὴν ἔντασιν τοῦ πόνου, ἢ κοιλία δὲν εἶναι συσπασμένη, παραμένει κατὰ τὸ μᾶλλον ἢ ἥττον μαλακὴ, εὐρημα τὸ ὅποιον προσλαμβάνει μεγίστην διαγνωστικὴν ἀξίαν. Εἶναι ἐπίσης δυνατόν ἐνίοτε, διὰ τῆς ψηλάφησεως, ν' ἀντιληφθῶμεν τὴν κατάστασιν τῆς χοληδόχου κύστεως ὡς μικρᾶς καὶ σκληρᾶς σφαίρας, ἣτις κατὰ τὴν βαθεῖαν εἰσπνοὴν ὀλισθαίνει κατὰ μῆκος τῶν δακτύλων μας. Ἡ μικρὰ πίεσις τῆς αὐξάνει ἐξαιρετικῶς τὸν πόνον εἰς ἔντασιν.

Ἡ γενικὴ κατάστασις, τοῦλάχιστον εἰς νέα τὴν ἡλικίαν ἄτομα, δὲν προκαλεῖ ἀνησυχίαν κατὰ τὸν κωλικόν. Ἐν τῇ ἀρχῇ, λόγῳ τοῦ πόνου, ὁ σφυγμὸς ἐπιβραδύνεται κατὰ τι, ἢ ἀρτηριακὴ πίεσις αὐξάνει—σημεῖον διαφορικῆς διαγνώσεως μὲ τὸ ἔμφραγμα τοῦ μυοκαρδίου, ὁπότε αὕτη, ὡς γνωστόν, συνήθως πίπτει—ἐνῶ τὸ ἐσπέρας παρατηρεῖται ἀνύψωσις τῆς θερμοκρασίας μέχρι καὶ 39°—40°. Κωλικὸν τῆς ἥπατος ἀνευ ἀνύψωσεως τῆς θερμοκρασίας εἶναι σπάνιον. Πρότοῦ ἥπατος ἀνευ ἀνύψωσεως τῆς θερμοκρασίας εἶναι δυναμένου νά κείται περὶ ἐφημέρου πυρετοῦ, διαρκείας ὀλίγων ὥρων, δυναμένου νά ἐμφανισθῆ καὶ 24 ὥρας μετὰ τὴν κρίσιν. Εἶναι ὁ «ἥπαταλγικός» πυρετὸς τοῦ Charcot, ὅστις τὸν ἀπέδιδεν εἰς ἀντανακλαστικὰς διαταραχὰς τοῦ κέντρου θερμότητος λόγῳ τοῦ πόνου. Ἐνίοτε ὁ πυρετὸς οὗτος δύναται ν' ἀποδοθῆ εἰς τὸν χορὸν καὶ συμπεριλαμβάνεται εἰς τὸ σύνδρομον τὸ ὅποιον προκαλεῖ τὸν πυρετόν. Συνταυτίζεται

έπομένως με τὰς ἀσήπτους εκείνας ἀντιδράσεις, αἵτινες παρατηροῦνται κατόπιν ἐνέσεως ὄρου. Ἄρκετά συχνά ὅμως ὁ πυρετός οὗτος ἐρμηνεύει μίαν λοίμωξιν, δεδομένου ὅτι συνυπάρχει λευκοκυττάρωσις καὶ σημαντικὴ αὐξήσις τῆς καθιζήσεως.

Πλέον σοβαρὰ ἐμφανίζεται κατὰ ἓνα κωλικὸν ἢ γενικὴ κατάστασις εἰς ἠλικιωμένα άτομα. Οὕτως εἶναι δυνατόν νὰ ἐπέλθῃ πτώσις τῆς ἀρτηριακῆς πιέσεως, ὁπότε ὑποπτευόμεθα ἔμφραγμα τοῦ μυοκαρδίου. Ἄλλοτε πάλιν κυριαρχοῦν τὰ φαινόμενα ἐντερικῆς παρέσεως, ἢ διατάσις τῆς κοιλίας ἀντικαθιστᾷ τὴν σύσπασιν, ὁ πόνος διαχέεται καθ' ὅλην τὴν κοιλίαν, παρατηρεῖται στάσις κοπράνων καὶ ἀερίων καὶ ὁ ἄρρωστος κινδυνεύει νὰ χειρουργηθῆ ἔπειγόντως. Ἡ ἰδιάζουσα αὕτη μορφή τοῦ κωλικοῦ τοῦ ἥπατος συναντᾶται ἐξ ἴσου μετὰ τὴν παρατηρουμένην ἀνάλογον κατὰ ἓνα κωλικὸν τοῦ νεφροῦ.

Ἡ διάρκεια τοῦ κωλικοῦ τοῦ ἥπατος ποικίλλει. Ἄλλοτε διαρκεῖ πολλὰς ὥρας καὶ διακόπτεται μόνον κατόπιν χορηγήσεως ὀπιούχων. Ἄλλοτε διακόπτεται ταχύτατα καὶ αὐτομάτως. Ἐνίοτε ὅμως ὑποτροπιάζει, ἢ μία κρίσις ἀκολουθεῖ τὴν ἄλλην, οὕτως ὥστε νὰ προσλαμβάνῃ τοὺς χαρακτήρας μιᾶς περιοδικότητος, μετ' αὐξήσιν τῆς ἐντάσεως τῶν πόνων, μετ' ναυτίαισιν καὶ ἐμέτους καὶ προσβολὴν τῆς γενικῆς καταστάσεως. Καὶ ἡ παρατεταμένη ὅμως αὕτη κρίσις ὑποχωρεῖ τελικῶς, εἴτε αὐτομάτως εἴτε κατόπιν χορηγήσεως φαρμάκου. Ἡ ἐπανάληψις τῶν παροξυντικῶν αὐτῶν κρίσεων συνηγορεῖ ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ὑπὲρ μιᾶς λιθιάσεως, ἢ δὲ ὕπαρξις ἄλλων κωλικῶν εἰς τὸ ἀναμνηστικὸν τοῦ ἄρρωστου ἐνισχύει ἔτι περισσότερον τὴν διάγνωσιν ταύτην.

Κάθε κωλικὸς τοῦ ἥπατος δὲν ὀφείλεται εἰς λιθίαισιν, ἢ δὲ ἐξέλιξις τοῦ ἐξαρτᾶται ἀπὸ τὴν ἐξέλιξιν τοῦ προκαλέσαντος τοῦτον αἰτίου. Παρατηρεῖται ὡς σύμπτωμα καὶ εἰς ἄλλας νόσους τῶν χοληφόρων ὁδῶν, ὅπως εἰς ὠρισμένας δυσκινησίας, παράσιτα, καρκίνον κ.λ.π. Ἐνῶ δὲν εἶναι ἴδιον σημεῖον τῆς λιθιάσεως τῆς χοληδόχου κύστεως, εἶναι ὅμως ἐκ τῶν κυριωτέρων συμπτωμάτων τῆς λιθιάσεως τοῦ χοληδόχου πόρου.

Σήμερον ὁ κωλικὸς τοῦ ἥπατος δὲν θεωρεῖται ὡς προκαλούμενος ἀπὸ τὴν διάβασιν ἢ προσπάθειαν διαβάσεως ἐνὸς λίθου ἐντὸς τοῦ κυστικοῦ ἢ τοῦ χοληδόχου πόρου. Ὁ πόνος ὀφείλεται εἰς σπασμὸν τῶν χοληφόρων ὁδῶν μετὰ διατάσιν τῶν ὀργάνων τούτων, λόγῳ πολλαπλῶν αἰτίων.

Μετὰ τὴν πάροδον τῆς κρίσεως θὰ ἐρευνηθῆ ἡ πιθανὴ διόγκωσις ἥπατος καὶ χοληδόχου κύστεως, ἢ πιθανὴ ἀποβολὴ λίθων μετὰ τῶν

καί έκδηλούμενοι ὀλίγας ὥρας μετὰ τὸ φαγητόν, ὑπενθυμίζουσι τὸ ἔλκος. Διακρίνονται ὁμως τῶν πόνων τοῦ ἔλκους, διότι δὲν καταπραϋνῶνται κατόπιν λήψεως ἀλκαλικῶν ἢ γάλακτος. Ἐπί πλέον οἱ πόνοι τῆς χοληδόχου οἱ ὑποδύμενοι τὴν ψευδοελκώδη ταύτην μορφήν, χαρακτηρίζονται μᾶλλον ὡς βάρους ὅπερ δυσχεραίνει τὴν ἀναπνοὴν καὶ ἀντανακλᾶται ὀπισθεν πρὸς τὸ 11ον μεσοπλευρίον διάστημα. Ἡ ἀντανάκλασις εἰς τὴν ὠμοπλάτην χαρακτηρίζεται ἐνίοτε ἀπὸ τοὺς ἀρρώστους ὡς «ρευματισμός». Συνυπάρχει ἐπίσης ναυτίαισι, εἴτε τὴν πρωτὰν εἴτε μετὰ τὰ γεύματα. Ὅταν ὑπάρχουν ἔμετοι, οὗτοι δὲν καταπραϋνοῦν τοὺς πόνους. Τέλος, ἡ ἐπίδρασις τῶν λιπαρῶν γευμάτων, σοκολάτας, ὠν κ.λ.π. εἶναι σημεῖον χολοκυστοπαθείας καὶ οὐχὶ «ἠπατικῆς ἀνεπαρκειᾶς», εἰς τὴν ὁποίαν συνήθως καὶ ἀποδίδεται. Τὰ καλύτερα ὁμως σημεῖα διαφορικῆς διαγνώσεως εἶναι ἡ ἀνακοπή τῆς ἀναπνοῆς καὶ ἡ ὀπισθία ἀντανάκλασις, ἰδίως ὅταν ταῦτα ἐπαναλαμβάνονται μὲ τὸν «προκλητὸν πόνον».

Κωλικὸς τοῦ ἥπατος μὲ ἀριστερὰν ἀντανάκλασιν: Εἷς τινὰς περιπτώσεις οἱ πόνοι γίνονται αἰσθητοὶ παρὰ τὸ ἀριστερὸν ὕποχόνδριον εἴτε αὐτομάτως εἴτε κατὰ τὴν διάρκειαν ἐγχειρήσεως, ὅποτε, κατὰ μίαν ἀκτινομανομετρίαν, διατείνεται ἡ χοληδόχος κύστις ἢ ὁ χοληδόχος πόρος. Οἱ πόνοι οὗτοι εἶναι ἐπίσης ἐξαιρετικῶς ἔντονοι, ἀνακόπτουσι τὴν ἀναπνοὴν, ὀφείλουσι δὲ κατὰ πᾶσαν πιθανότητα εἰς ἀναστομώσεις τοῦ ἠπατικοῦ πλέγματος μετὰ τοῦ ἀριστεροῦ σπλαγχνικοῦ. Παρουσία τοιοῦτων πόνων δέον οὗτοι νὰ διαχωρισθοῦν τῶν παγκρεατικῶν. Ἄλλὰ καὶ εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς ἡ δοκιμασία τοῦ προκλητοῦ πόνου, κατὰ τὸν Caroli, θέτει τὴν διάγνωσιν. Περιπτώσεις τοιαύτης ἀνωμάλου ἀριστερᾶς ἐντοπίσεως τῶν πόνων ἔχουσι φυσικὰ ἀναφερθῆ καὶ εἰς τὰς ἀναστροφὰς τῶν σπλάγχνων.

Ψευδοστηθαγχική μορφή τοῦ κωλικοῦ: Ἡ μορφή αὕτη, λόγῳ τῶν πολλαπλῶν διαγνωστικῶν πλανῶν, παρουσιάζει ἰδιαίτερον ἐνδιαφέρον, τοσοῦτω μᾶλλον καθ' ὅσον δυνατόν νὰ συνυπάρχουσι καὶ αἱ δύο ἀλλοιώσεις. Ὁ κωλικὸς τοῦ ἥπατος ὑποδύεται ἀπάσας τὰς μορφὰς τῆς στηθάγχης μέχρι καὶ τοῦ ἐμφράγματος τοῦ μυοκαρδίου.

Ὁ κωλικὸς τοῦ ἥπατος, οἰασδήποτε ἐντάσεως, δυνατόν νὰ ἔχη ἀντανάκλασιν πρὸς τὸ στέρνον ἢ τὸ ἀριστερὸν ἡμιθώρακιον. Παράτηρεται ἀκόμη καὶ αὕτη αὕτη ἡ ἀντανάκλασις κατὰ μῆκος τοῦ ἀριστεροῦ βραχίονος. Ἐάν συνοδεύεται ἀπὸ ναυτίαισι, ἐμέτους κ.λ.π. δυνατόν νὰ κατευθύνῃ τὴν διάγνωσιν πρὸς τὴν χοληδόχον. Ἄλλὰ καὶ ἐν

τυπικόν ἔμφραγμα τοῦ μυοκαρδίου συνοδεύεται ἀπὸ τὰ φαινόμενα ταῦτα, ὁπότε λόγω καὶ τοῦ ἄγχους διδῆναι τὸ σημεῖον τῆς ἀνακοπτομένης ἀναπνοῆς. "Ἄλλοτε πάλιν μία τοιαύτη «στηθαγχικὴ κρίσις» ἐπακολουθεῖ κάποιαν διαιτητικὴν παρέκκλισιν. Γενικῶς δυνάμεθα νὰ εἰπωμεν, ὅτι ὅλα τὰ λειτουργικὰ σημεῖα ἑνὸς ἔμφράγματος τοῦ μυοκαρδίου δύναται νὰ τὰ ὑποδυθῆ ἕνας κωλικὸς τοῦ ἥπατος. Φυσικὰ ἀπουσιάζουσιν τὰ ἠλεκτροκαρδιογραφικὰ σημεῖα. Γνωρίζομεν ὅμως, ὅτι ταῦτα δυνατὸν νὰ μὴ ἐκδηλωθοῦν κατὰ τὰς πρώτας ὥρας. Ἐπὶ πλέον μία κρίσις κωλικῶν προκαλεῖ σημαντικὰς ἠλεκτροκαρδιογραφικὰς ἀλλοιώσεις, αἵτινες ὁμοιάζουν πρὸς τὰς τοιαύτας ἐξ ἀλλοιώσεων τῶν στεφανιαίων. Φαίνεται ὅμως, ὅτι τὰ ἀντανακλαστικὰ ταῦτα ἠλεκτροκαρδιογραφικὰ σημεῖα παρατηροῦνται μόνον εἰς περιπτώσεις κατὰ τὰς ὁποίας ὑφίσταται μία λανθάνουσα ἀλλοίωσις τῶν στεφανιαίων. Ἐπομένως εἰς κωλικὸς τοῦ ἥπατος δύναται νὰ διεγείρῃ γνησίαν στηθάγχην εἰς ἄτομα μὲ προϋπάρχουσαν μυοκαρδιακὴν βλάβην. Ὡς ἐκ τούτου, εἰς τὰ ἠλικιωμένα ἰδίως ἄτομα, τὸ ἠλεκτροκαρδιογράφημα δὲν ἐξασφαλίζει ἀπολύτως τὴν διαφορικὴν διάγνωσιν. Πάντως δὲν παρατηρεῖται ψευδοστηθαγχικὴ κρίσις χολοκυστικῆς φύσεως κατόπιν κοπώσεως, ἐνῶ διατηρεῖ καὶ εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς ὄλην τοῦ τὴν ἀξίαν ὁ προκλητὸς πόνος.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΩΝ ΤΗΣ ΛΙΘΙΑΣΕΩΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ

Ἡ ἐξέτασις τοῦ ἀρρώστου θὰ συμπληρωθῆ μὲ τὴν λήψιν τοῦ ἀναμνηστικοῦ, καὶ τοῦ ἀτομικοῦ καὶ τοῦ οἰκογενειακοῦ, ἰδίως ἀπὸ ἀπόψεως προϋπαρξάσης λιθιάσεως εἰς ἄλλα μέλη τῆς οἰκογενείας.

Θὰ ἐρευνηθῆ εἰς τὸ ἀναμνηστικὸν ἢ ὑπαρξίς λοιμώδους τινὸς ἰκτέρου, εἰς δὲ τὰς γυναῖκας θὰ ληφθοῦν ὑπ' ὄψιν αἱ κυήσεις. Φυσικὰ ἡ ἐξέτασις θὰ τερματισθῆ διὰ τῆς λήψεως ἀκτινογραφιῶν τῆς χοληδόχου κύστεως σύμφωνα μὲ τὴν τεχνικὴν, ἥτις ἔχει περιγραφῆ εἰς προηγούμενον κεφάλαιον.

Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις τῆς χοληδόχου κύστεως περιλαμβάνει δύο σταθμούς : α) τὴν ἀπλὴν ἀκτινογράφιαν ἄνευ προπαρασκευῆς, οὐχὶ ὅμως καὶ ἀπαραίτητον, β) τὴν χολοκυστογραφίαν κατόπιν τῆς γνωστῆς ἐιδικῆς προπαρασκευῆς.

Ἡ ἀπλὴ ἀκτινογραφία θ' ἀποκαλύψῃ, ἰδίως ἐὰν ληφθοῦν τοιαύται εἰς διαφόρους στάσεις καὶ ἰδιαιτέρως εἰς ὀρθίαν μετὰ συμπίεσεως, τοὺς λίθους ἐκείνους, οἵτινες εἶναι ἀδιαφανεῖς εἰς τὰς ἀκτῖνας Χ. Φυσικὰ, θὰ πρέπει ν' ἀποκλεισθοῦν ὠρισμένοι εἰκόνες, μικραὶ τὸ μέγεθος καὶ συνήθως ἢ μία ἐπὶ τῆς ἄλλης, προβάλλουσαι ἐπὶ τῆς

χώρας τῆς χοληδόχου καί αἱ ὁποῖαι ὀφείλονται εἰς φυσαλίδας ἀέρος ἐντός τῆς δευτέρας μοίρας τοῦ δωδεκαδακτύλου.

Ἡ ἀπλή ἀκτινογραφία θ' ἀποκαλύπτει μόνον τοὺς μικτοὺς λίθους ἢ τοὺς ἀποτελουμένους ἐκ χολερυθρινικοῦ ἀσβεστίου. Θὰ παρατηρήσωμεν οὕτω ἄλλοτε μὲν ὁμοιογενεῖς σκιάς, συνήθως ὅμως ἓνα στρογγύλον καί μὲ λεπτά ὄρια κύκλον, τοῦ ὁποίου τὸ κέντρον εἶναι ἀνοικτοῦ χρώματος. Ἡ τελευταία αὕτη εἰκὼν εἶναι χαρακτηριστική, ἐνῶ, ὅσον ἀφορᾷ τὰς ὁμοιογενεῖς σκιάς, τίθεται τὸ πρόβλημα τῆς διαφορικῆς διαγνώσεως, ἰδίως μὲ τοὺς λίθους τοῦ νεφροῦ. Ἐπίσης θὰ πρέπει ν' ἀποκλεισθοῦν ὠρισμένοι ἐνδοηπατικαὶ ἀποτιτανώσεις, ὀφειλόμεναι π.χ. εἰς μικρὰς κύστεις, ὡς καὶ μία λιθίασις τοῦ παγκρέατος ἢ ἀποτιτανώσεις τοῦ δεξιοῦ ἐπινεφριδίου ὡς καὶ τοιαῦται τῶν γαγγλίων.

Ἡ διάγνωσις ὅμως μιᾶς λιθιάσεως θὰ τεθῆ χάρις εἰς τὴν χολοκυστογραφίαν, ἣτις θὰ μᾶς ἀποκαλύπτει εἴτε μίαν χοληδόχον τελείως πεπληρωμένην λίθων εἴτε τὴν ὑπαρξίν ἑνὸς ἢ περισσοτέρων ἐντός ταύτης, μὲ ἐπὶ πλέον πυκνὴν καὶ ἀδιαφανῆ χολήν, εἴτε ἡ ἐξέτασις θ' ἀποβῆ ἀρνητικὴ, δηλαδή ἡ χοληδόχος κύστις δὲν θὰ χρωσθῆ. Εἰς τὴν τελευταίαν ταύτην περίπτωσιν θ' ἀναζητηθοῦν τὰ αἴτια ἐκεῖνα, τὰ ὁποῖα δίδουν μίαν τοιαύτην ἀρνητικὴν ἐξέτασιν καὶ τὰ ὁποῖα ἔχομεν ἐκθέσει ἀλλαχοῦ (βλ. σ. 382). Δέον μολταταῦτα νὰ σημειωθῆ, ὅτι ἡ μὴ ἀποκάλυψις λίθων εἰς μίαν θετικὴν χολοκυστογραφίαν δὲν ἀποκλείει τὴν πιθανότητα νὰ εὑρεθοῦν τοιοῦτοι μετὰ πάροδον πολλῶν μηνῶν.

Κατόπιν τῆς χρώσεως τῆς χοληδόχου, οἱ λίθοι ἐμφανίζονται ἐντός ταύτης ὡς κενοτόπια. Ἄλλοτε ἔχομεν εἰκόνας στρογγύλας ἢ ὤσειδεῖς, σαφῶς ἀφοριζόμενας, αἵτινες μετακινοῦνται ἐντός τῆς χοληδόχου καί αἱ ὁποῖαι ἀντιπροσωπεύουν τοὺς λίθους ἐκ χοληστερόλης. Οἱ λίθοι οὗτοι εἶναι συνήθως μεγάλου μεγέθους, ἡ δὲ χοληδόχος κύστις διατηρεῖ τὴν λειτουργικὴν τῆς ἱκανότητα. Ἄλλοτε πάλιν ἔχομεν πολλαπλᾶς τοιαύτας εἰκόνας ἐλλείψεων, ἐνίοτε στρογγύλας, συνήθως ὅμως πολυεδρικές. Οἱ λίθοι οὗτοι, τοποθετημένοι ὡς εἰς ἐπὶ τοῦ ἄλλου, πληροῦν τὴν χοληδόχον, ἡ δὲ χρωστικὴ οὐσία διολισθαίνουσα μετὰ τὴν δίει τὴν εἰκόνα κηρήθρας μελίσης.

Μεγαλυτέρας δυσχερείας παρουσιάζει ἡ ἀποκάλυψις μικρῶν τῶ μεγέθους λίθων, οἵτινες δυνατόν ν' ἀποκρυβοῦν ἀπὸ τὴν χρωστικὴν οὐσίαν. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς αἱ ἀκτινογραφίαι εἰς ὀρθίαν θέσιν βοηθοῦν τὰ μέγιστα. Οἱ λίθοι κατέρχονται πρὸς τὸν πυθμένα, ἐάν δὲ πιέσωμεν ἑλαφρῶς θὰ παρατηρήσωμεν ὑπερθεν τούτων τὴν ἀδιαφανῆ χολήν. Ἐάν οἱ λίθοι εἶναι πολλοί, μικροὶ ὡς κόκκοι σιμι-

γδάλεως π.χ., θά δώσουν τήν εικόνα μικρών κύκλων μέ άνοικτοῦ χρώματος κέντρον. Εἰς ἄλλας περιπτώσεις οἱ λίθοι ἐπιπλέουν, ὅποτε ἐμφανίζονται ὑπερθεν τῆς κεχρωσμένης χολῆς εἰς μίαν ὀριζοντίαν γραμμήν, διδόντες τήν ἐντύπωσιν ὅτι κολυμβοῦν μεταξύ δύο χολῶν διαφόρου πυκνότητος (Akerlund), τῆς κάτω λίαν συμπεπυκνωμένης καί τῆς ἄνω ὀλιγώτερον πυκνῆς. Ἐναλόγως τοῦ ἀριθμοῦ των παρατάσσονται, οὕτως εἰπεῖν, ἐπὶ μιᾶς ἢ δύο ἢ καί τριῶν ὀριζοντίων γραμμῶν. Διὰ τῆς πιέσεως ἡ γραμμὴ αὕτη διασπᾶται καί θά παρατηρήσωμεν τότε τήν ὑπαρξιν πολλῶν καί μικρῶν πολυεδρικῶν εἰκόνων.

Καί ὅταν ἀκόμη διαπιστωθῇ ἡ ὑπαρξίς λίθων ἐντός τῆς χοληδόχου κύστεως, θά συνεχισθῇ ἡ ἐξέτασις διὰ τῆς χορηγήσεως τοῦ γεύματος τοῦ Boyden. Ἡ δοκιμασία αὕτη καί εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς εἶναι τελείως ἀκίνδυνος. Θά μᾶς ἐπιτρέψῃ ἐπὶ πλεόν τήν μελέτην τῆς λειτουργικῆς ἰκανότητος τῆς χοληδόχου. Θά μᾶς ἐπιτρέψῃ ἐπίσης, χάρις εἰς τήν σύσπασιν τοῦ ὄργανου, τήν ἀποκάλυψιν ὠριμένων λίθων τοῦ πυθμένοσ, οἷτινες τοιοιτοτρόπως ἀπωθοῦνται πρὸς τὸν αὐχένα ὡς ἐπίσης καί τήν τυχόν ὑπαρξιν ἐκεῖ ἐνός μονήρους λίθου.

Σημειοῦμεν ἀπλῶς εἰσέτι μίαν νεωτέραν μέθοδον χρώσεως τῆς χοληδόχου, ἥτις ὀφείλεται εἰς τὸν Royer τοῦ Buenos-Ayres. Οὗτος, κατόπιν δημιουργίας πνευμοπεριτοναίου, διὰ τῆς περιτοναϊσκοπίας ἐγγχεί τήν χρωστικὴν οὐσίαν ἐντός τῆς χοληδόχου, τήν ὅποιαν πιάσ ἐγγχεί τὴν χρωστικὴν οὐσίαν ἐντός τῆς χοληδόχου. Ἡ μέθοδος παρατηρεῖ μέσῳ τοῦ εἰδικοῦ αὐτοῦ περιτοναϊσκοπίου. Ἡ μέθοδος αὕτη ἐπιτρέπει τήν πλήρωσιν ὄχι μόνον τῆς χοληδόχου κύστεως, ἀλλὰ καί τοῦ κυστικοῦ πόρου, συχνότατα δὲ καί τοῦ χοληδόχου πόρου. Χάρις εἰς τήν μέθοδον ταύτην ἀποκαλύπτεται ἡ ὑπαρξίς λίθων ἐντός τῶν διαφόρων πόρων, ἄνευ συνυπάρξεως τοιοῦτων ἐντός τῆς χοληδόχου, ἄνευ ἰκτέρου, ἄνευ πυρετοῦ καί ἄνευ πόνων. Ἡ ἀναλογία τῶν τοιοῦτων λίθων φαίνεται ὅτι εἶναι 1 : 4, ἐν σχέσει μέ τοὺς λίθους τῆς χοληδόχου κύστεως.

Ἡ προεγχειρητικὴ χολαγγειογραφία τοῦ Mirizzi, μετὰ ἢ ἄνευ τῆς ἀκτινομανομετρικῆς μεθόδου τοῦ Caroli, ἐνδεικνυται ὡς ἀκίβητος ὑποπιθανὸν ὁ χειρουργός, ἀγνοῶν τήν ὑπαρξίν των, νὰ μὴ ἀναζητήσῃ ἢ νὰ μὴ ἀνεύρῃ, ὅποτε ὁ ἄρρωστος θά διατρέξῃ ὄλους τοὺς γνωστοὺς μετεγχειρητικοὺς κινδύνους.

ΛΙΘΙΑΣΙΣ ΤΟΥ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΠΟΡΟΥ

Ἡ πλέον σημαντική, ἀπὸ παθολογικῆς ἀπόψεως, ἐντόπισις ἐνὸς χολολίθου εἶναι ἀναμφισβητήτως ἡ ἐντὸς τοῦ κοινοῦ χοληδόχου πόρου. Θὰ ἔπρεπε νὰ εἴπωμεν μᾶλλον λιθίασις τῶν χοληφόρων ὁδῶν, δεδομένου ὅτι ἀνευρίσκονται λίθοι καὶ εἰς τοὺς ἡπατικούς πόρους, ἀκόμη καὶ εἰς τὰς ἐνδοηπατικὰς ὑποδιαίρέσεις αὐτῶν.

Οἱ περισσότεροι ἐκ τῶν ἐντὸς τοῦ χοληδόχου πόρου λίθων προέρχονται ἐκ τῆς χοληδόχου κύστεως. Πράγματι, ἐκ τῶν διαφόρων στατιστικῶν ἀποδεικνύεται, ὅτι οὗτοι συνυπάρχουν κατὰ μίαν λιθίασιν τῆς χοληδόχου κύστεως καὶ ἀνευρίσκονται συγχρόνως εἰς ποσοστὸν 25% περίπου. Τὸ γεγονός τοῦτο ἐνέχει μεγίστην σημασίαν, ἰδίως διὰ τὸν χειρουργόν, ὅστις κατὰ τὴν ἐγχείρησιν τῆς χοληδόχου πρέπει πάντοτε νὰ ὑποπτεύεται καὶ τὴν συνῦπαρξιν ταύτην.

Ὁ ἀριθμὸς τῶν ὑπαρχόντων ἐντὸς τοῦ χοληδόχου πόρου λίθων ποικίλλει. Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον εἶναι μονήρεις, εἰς τὸ $\frac{1}{2}$ ὅμως τῶν περιπτώσεων οἱ λίθοι εἶναι πολλαπλοὶ, ὁπότε καὶ ὑφίσταται ὁ κίνδυνος νὰ μὴ ἀφαιρεθοῦν. Οἱ περισσότεροι τούτων ἐντοπίζονται εἰς τὴν κατωτέραν ὀπισθοπαγκρεατικὴν μοῖραν τοῦ χοληδόχου πόρου. Μικρὸς ὅμως ἀριθμὸς τούτων καταλαμβάνει τὸ Φατέρειον φῶμα. Ἐτέρα ἐντόπισις εἶναι ἡ ἐντὸς τῶν ἡπατικῶν πόρων, ἥτις συνήθως συνυπάρχει μετ' ἄλλων λίθων τοῦ χοληδόχου πόρου. Τέλος ὑπάρχουν καὶ μικροὶ λίθοι ἐλεύθεροι, εὐκόλως μετακινούμενοι ἐντὸς τῶν πόρων.

Τὸ σχῆμα καὶ ἡ σύνθεσις τῶν λίθων αὐτῶν εἶναι ἀνάλογα μὲ τὸ σχῆμα καὶ τὴν σύνθεσιν τῶν λίθων τῆς χοληδόχου κύστεως, ἥτοι λίθοι πολυεδρικοὶ, μοροειδεῖς, χολοχρωστικοὶ κλπ. Μερικοὶ λίθοι, λόγῳ θέσεως, ἀποκοτοῦν ἰδιαίτερον σχῆμα, ἐν εἴδει πούρου ἢ ὀβίδος. Πρόκειται περὶ μεγάλων λίθων κωνικῶν, μὲ τὴν βᾶσιν ἐστραμμένην πρὸς τὸν σφιγκτήρα τοῦ Oddi καὶ τὴν αἰχμηρὰν κορυφήν πρὸς τοὺς ἡπατικούς πόρους. Ὑπάρχουν τέλος λίθοι, οἵτινες σχηματίζουν μίαν λασπώδη μᾶζαν, ἄλλοι εἶναι μαλακοὶ καὶ μεγάλου μεγέθους, ὤσειδεῖς ἢ στρογγύλοι, εὐκόλως συνθλιβόμενοι. Οἱ λίθοι οὗτοι δὲν φαίνεται νὰ προέρχονται ἐκ τῆς χοληδόχου κύστεως, ἀλλ' ἐδημιουργήθησαν λόγῳ στάσεως καὶ λοιμώξεως ἐντὸς τοῦ χοληδόχου πόρου.

Μία λιθίασις τοῦ χοληδόχου πόρου σπανίως νὰ μὴ συνοδεύεται, ἐκτὸς τῶν λίθων, καὶ ἀπὸ παθολογοανατομικὰς ἀλλοιώσεις τῆς χοληδόχου κύστεως, ἥτις ἐμφανίζει χρονίαν φλεγμονήν, ἰνώδη ἐπεξεργασίαν, συχνὰ δὲ ἔχει καὶ συρρικνωθῆ. Εἰς τινὰς ὅμως περιπτώσεις ἡ

λιθίαισι τοῦ χοληδόχου πόρου συνοδεύεται καί ἀπό φαινόμενα ὀξείας χολοκυστίτιδος. Ἄλλὰ καί αἱ χοληφόροι ὁδοί προσβάλλονται. Οὕτω καί ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον, ὁ χοληδόχος πόρος εἶναι τόσον διατεταμένος, ὥστε ἡ διάμετρόσ του νὰ φθάνη τὰ 5 ἐκ. Ἡ διάτασις αὕτη ἀφορᾷ κατὰ κανόνα ὄλας τὰς χοληφόρους ὁδοὺς, μέχρι καί τῶν ἐνδοηπατικῶν πόρων. Τὰ τοιχώματα τοῦ χοληδόχου πόρου φλεγμαίνουσι ἢ εἶναι πεπαχυσμένα, χωρὶς ὅμως καί νὰ παρουσιάζουσι σημαντικὰς ἱστολογικὰς ἀλλοιώσεις.

Κατὰ τὴν θέσιν ἐνὸς λίθου εἶναι δυνατόν νὰ δημιουργηθῇ ἐξέλκωσις, ἥτις νὰ καταλήξῃ εἰς στένωσιν, σπανίως ὅμως εἰς ρήξιν. Ἡ ἐντὸς τῶν πόρων περιεχομένη χολὴ ἄλλοτε εἶναι συμπεπυκνωμένη, ἄλλοτε πυώδης καί ἄλλοτε ἔχομεν τὴν λεγομένην «λευκὴν χολήν», ἥτις ὡς γνωστὸν δὲν περιέχει χολοχρωστικὰς. Συχνάκις ἐπίσης προσβάλλεται καί τὸ ἥπαρ, ἔτι δὲ περισσότερο ὅταν ἐπέλθῃ παρατεταμένη ἀπόφραξις. Ὅσον ἀφορᾷ τὸ πάγκρεας, δυνατόν νὰ παρατηρηθοῦν χρόνιαι φλεγμονώδεις ἀλλοιώσεις μὲ ἀνάπτυξιν ἰνῶδους ἰστοῦ.

Ἀπὸ παθολογικῆς ἀπόψεως ὑποστηρίζονται τὰ ἑξῆς: α) ὅτι οἱ λίθοι τοῦ χοληδόχου πόρου προέρχονται ἐκ τῆς χοληδόχου κύστεως, ἐκ τῆς ὁποίας, χάρις εἰς τὸ ἀρχικῶς μικρὸν μέγεθός των, διήλθον διὰ τοῦ κυστικοῦ πόρου καί ἐν συνεχείᾳ λόγῳ τῆς παρατεταμένης παραμονῆς των ἠῤῥήθησαν εἰς μέγεθος διὰ τῆς ἐναποθέσεως ἀσβεπαστίου καί χολικῶν ἀλάτων. β) Ὁ Caroli κυρίως ὑποστηρίζει, ὅτι ἡ αὐτόνομος λιθίασις τοῦ χοληδόχου πόρου εἶναι πλέον συχνὴ ἀπὸ τὴν ἐκ τῆς χοληδόχου κύστεως προερχομένην, δεδομένου ὅτι λίθοι δύνανται νὰ σχηματισθοῦν ὅπου ὑπάρχει χολή. Ὡς ἐπιχείρημα φέρει τὴν ὑπαρξιν εἰς ἀναλογίαν 23% λίθων τοῦ χοληδόχου πόρου ἀνευ λίθων ἐν τῇ χοληδόχῳ κύστει. Ἡ λιθίασις αὕτη εἶναι πλέον συχνὴ εἰς τὰ ἡλικιωμένα άτομα καί ἰδίως εἰς τοὺς ἄνδρας. Ἐπίσης ἡ συχνότης τῶν πολὺ μεγάλων λίθων τοῦ χοληδόχου, ἢ συχνὴ ἀνεύρεσις λίθων ἐντὸς τῶν ἐνδοηπατικῶν πόρων καί τέλος αἱ διαφοραὶ σχήματος, ὅψεως καί συστάσεως μεταξύ λίθων τοῦ χοληδόχου πόρου καὶ χοληδόχου κύστεως, φέρονται ὡς ἐπιχειρήματα διὰ τὴν ὑποστήριξιν τῆς θεωρίας ταύτης.

Ἡ ἐντόπισις τῶν λίθων ἐντὸς τοῦ χοληδόχου πόρου παρατηρεῖται περισσότερο εἰς τὰς γυναῖκας καί συνήθως μετὰ τὸ 45ον ἔτος τῆς ἡλικίας. Πρέπει ὅμως νὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν, ὅτι τοιοῦτοι λίθοι ἀνευρίσκονται καί εἰς άτομα πολὺ νέα τὴν ἡλικίαν.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΩΝ

Ἡ διάγνωσις τῆς λιθιάσεως ταύτης ἄλλοτε εἶναι εὐχερής, ἄλλοτε δυσχερής λόγω τῶν πολλαπλῶν καὶ ποικίλων κλινικῶν μορφῶν, τὰς ὁποίας ὑποδύεται, καὶ ἄλλοτε ἀδύνατος, λόγω τῆς λανθανούσης καταστάσεως, τῆς ἀσυμπτωματικῆς, ὅποτε ἡ ἀνεύρεσις τοῦ λίθου εἶναι τυχαία κατὰ τινα ἐγχείρησιν.

Ἐκ τῶν πολλαπλῶν κλινικῶν μορφῶν αἱ πλέον κλασσικαὶ εἶναι αἱ ἰκτερικαί, ὑπάρχουν ὅμως καὶ αἱ ἄτυποι, μὲ ἀβληχρὰν συμπτωματολογίαν, κατὰ τὰς ὁποίας ἀπουσιάζει ἓν ἐκ τῶν κυρίων συμπτωμάτων τῶν προηγουμένων, ὅπως π.χ. ὁ πόνος ἢ ὁ πυρετός. Πρόκειται περὶ τῶν λεγομένων συγκεκαλυμμένων μορφῶν. Εἰς ἄλλας περιπτώσεις, σπανίας, ὁ ἰκτερος εἶναι τὸ μόνον σύμπτωμα. Τέλος, εἰς τινὰς περιπτώσεις, ἡ λιθίασις αὕτη ὑποδύεται ἓν δὲ κοιλιακὸν σύνδρομον, ἄλλοτε ψευδοπεριτοναϊκὸν καὶ ἄλλοτε ψευδοσποφρακτικόν. Θὰ μελετήσωμεν ἐπομένως κατωτέρω τὰς διαφόρους αὐτὰς κλινικὰς μορφὰς μὲ τὰς ὁποίας ἐκδηλοῦται μίᾳ λιθίασις τοῦ χοληδόχου πόρου.

Κλινικαὶ μορφαί: α) Ὁ ὑποτροπιάζων ἐπώδυνος καὶ ἐμπύρετος ἰκτερος: Εἶναι ἡ πλέον συχνὴ μορφή ἐκδηλώσεως ἀποφράξεως τοῦ κοινοῦ χοληδόχου πόρου ἐκ λίθου. Τὰ τρία κύρια συμπτώματα εἶναι ὁ ἰκτερος, ὁ πυρετός καὶ ὁ πόνος. Ὅπως θὰ ἴδωμεν εἰς τὸ κεφάλαιον περὶ τῆς διαφορικῆς διαγνώσεως τῶν ἰκτέρων, σημασίαν διὰ τὴν διάγνωσιν καὶ ἐδῶ ἔχει ὄχι ἡ ἀπλή διαπίστωσις τῶν τριῶν αὐτῶν συμπτωμάτων, ἀλλὰ ὁ χρόνος καὶ ἡ σειρά μὲ τὴν ὁποίαν ἐξεδηλώθησαν ταῦτα.

Ἡ κλινικὴ εἰκὼν τῆς μορφῆς ταύτης εἶναι γνωστὴ. Πρόκειται ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον περὶ ἀρρώστων, οἱ ὅποιοι ἀναφέρουν εἰς τὸ παρελθόν των πολυετῆ ἐνοχλήματα ἐκ τῆς χοληδόχου, συνιστάμενα εἴτε εἰς δυσπεπτικά φαινόμενα εἴτε εἰς τυπικοὺς κωλικοὺς τοῦ ἥπατος.

Διὰ τὴν διάγνωσιν ὅμως τῆς μορφῆς ταύτης καὶ διὰ τὴν ἀκριβῆ ἀιτιολογίαν τοῦ ἐμφανισθέντος ἰκτέρου θὰ πρέπη, ἐπαναλαμβανόμεν, νὰ ἐρευνησωμεν τὴν σειράν ἐμφανίσεως ἐκάστου συμπτώματος. Συνήθως ἡ πρώτη ἐκδήλωσις εἶναι ὁ πόνος. Οὗτος εἶναι ἐξαιρετικῶς ἔντονος, ἐδράζεται παρὰ τὸ δεξιὸν ὑποχόνδριον, ὑπὸ τὰς ψευδεῖς πλευρὰς καὶ εἰς τὴν ζώνην τῶν Chouffard καὶ Rivet, ἀφοριζομένην πρὸς τὰ ἔσω ὑπὸ τῆς μέσης γραμμῆς καὶ πρὸς τὰ ἔξω ὑπὸ μιᾶς γραμμῆς ἐνούσης τὸν ὀμφαλὸν μετὰ τοῦ προσθίου ἄκρου τῆς 9ης πλευρᾶς. Ὁ ἔντονος καὶ πολλακίς χρήζων μορφίνης πόνος οὗτος ἀντανακλᾶται πρὸς τὰ ὀπισθεν καὶ πρὸς τὴν βάσιν τοῦ δεξιοῦ θώρακος περισσότερο, παρὰ πρὸς τὸν ὤμον ἢ τὴν

κορυφήν τῆς ὠμοπλάτης, ὅπου συνήθως ἀντανακλᾶται ὁ πόνος τῆς χοληδόχου κύστεως. Δυνατόν, ἀντὶ τοῦ ἐντόνου τούτου πόνου, νὰ ἔχωμεν ἓνα ἐπώδυνον παρά τὸ ἐπιγαστρικὸν βᾶρος, τὸ ὁποῖον ἀνακόπτει τὴν ἀναπνοὴν καὶ ἀντανακλᾶται πρὸς τὴν βάσιν τοῦ δεξιοῦ ἡμιθωρακίου.

Συγχρόνως μετὰ τοῦ πόνου, ἢ ὀλίγας ὥρας ἀργότερον, ἐμφανίζεται ὁ πυρετός, ὅστις φθάνει τοὺς 38°,5—39° ἢ καὶ περισσότερον. Τὸ χαρακτηριστικώτερον ὅμως σημεῖον εἶναι, ὅτι ὁ πυρετός οὗτος συνοδεύεται ἀπὸ ἐπανελημμένα καὶ ἔντονα ρίγη, τὰ ὁποῖα ὑπογραμμίζουν τὴν χολαγγειίτιδα, ἣτις συνοδεύει τὴν ἀπόφραξιν τῆς κυρίας χοληφόρου ὁδοῦ.

Ὁ ἴκτερος δὲν θά ἐμφανισθῇ παρά τὴν ἐπομένην ἢ τοῦλάχιστον 8—12 ὥρας μετὰ τὴν ἐκδήλωσιν τοῦ πόνου. Κατὰ τὸ μᾶλλον ἦ ἦττον ἔντονος, καταλαμβάνει τὸ δέρμα καὶ τοὺς βλεννογόνους. Εἰς διάστημα ὀλίγων ἡμερῶν ἢ χρῶσις εἶναι ἐκδηλος καὶ αὐτοὶ δὲ οἱ ἐπιπεφυκότες ἔχουν τὴν κιτρίνην χροιάν. Τὰ κόπρανα εἶναι μαλακά, ἀργιλλόχροα, ἐν εἶδει μαστίχης. Τὰ οὖρα ἀφρώδη καὶ χρώματος βαθέος καστανοῦ ἢ κονιάκ.

Εἰς τὰ κύρια αὐτὰ συμπτώματα προστίθενται καὶ τὰ ἄλλοτε χαρακτηριζόμενα ὡς ὀφειλόμενα εἰς τὴν κατακράτησιν τῶν χολικῶν ἀλάτων, ὅπως ἡ βραδυκαρδία, ἡ ὑπότασις καὶ ὁ κνησμός.

Εἰς τὰς συνήθεις μορφὰς τῆς ἀποφρακτικῆς ταύτης λιθιάσεως, ὁ ἴκτερος εἶναι βραχείας διαρκείας, δύο ἕως τριῶν ἑβδομάδων. Φθάνει τὴν μεγαλυτέραν του ἔντασιν περὶ τὸ τέλος τῆς πρώτης ἑβδομάδος, ἐλαττοῦται προοδευτικῶς, ἵνα ἐξαφανισθῇ 3—4 ἑβδομάδας ἀργότερον. Αἱ ἐκ τοῦ χοληδόχου ὅμως πόρου κρίσεις αὐταὶ θά ἐπαναληφθοῦν κατὰ συχνὰ διαστήματα καὶ ἐπὶ πολλοὺς μῆνας, μέχρις ὅτου ὁ ἄρρωστος χειρουργηθῇ.

Ἡ χρονολογικὴ σειρὰ κατὰ τὴν ὁποίαν ἐμφανίζονται τὰ τρία κύρια συμπτώματα θέτει ἀσφαλῶς τὴν διάγνωσιν. Εἰς τινὰς ὅμως περιπτώσεις, κατ' ἐξαιρέσιν, οἱ πόνοι ἐμφανίζονται μετὰ τὸν ἴκτερον, ἂν καὶ κατὰ τὸν Caroli εἰς τοιαύτας περιπτώσεις δέον ν' ἀμφισβητῆται ἡ διάγνωσις τοῦ λίθου τοῦ χοληδόχου πόρου.

Ἡ ἐξέτασις τοῦ ἀρρώστου θ' ἀποκαλύψῃ τὴν ὑπαρξιν πόνου κατὰ τὸ μᾶλλον ἢ ἦττον σαφοῦς κατὰ τὴν περιγραφεῖσαν ἀχώραν. Θά ἐρευνήσωμεν ἐπίσης τὴν τυχὸν ἐκεῖ ὑπαρξιν μιᾶς διατεταμένης χοληδόχου κύστεως. Δεδομένου ὅμως, ὅτι ἡ λιθίασις τοῦ χοληδόχου πόρου συνοδεύεται συνήθως καὶ ἀπὸ τοιαύτην τῆς χοληδόχου κύστεως, καὶ ὅτι ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ἔχομεν μίαν σκληρο-

ατροφικήν κύστιν, ἢ ψηλάφησις θ' ἀποβῆ ἀρνητική. Ἡ ἀπουσία ψηλαφητῆς χοληδόχου ἀποκτᾶ διαγνωστικὴν σημασίαν (νόμος τῶν Courvoisier-Terrier). Τὸ ἥπαρ προβάλλει κάτωθεν τοῦ πλευρικοῦ τόξου μὲ τὸ κάτω χεῖλος στρογγύλον καὶ μαλακόν, λίαν δὲ ἐπώδυνον καθ' ὅλον αὐτοῦ τὸ μήκος. Ἡ ἥπατομεγαλία αὕτη ἀκολουθεῖ τὴν ἐξέλιξιν τοῦ ἰκτέρου καὶ ὑποχωρεῖ συγχρόνως μὲ αὐτὸν (ἥπαρ ἐν εἶδει accordéon).

Τὸ βιολογικόν σύνδρομον ἐρμηνεύει τὴν εἴσοδον ἐντὸς τοῦ αἵματος τῶν διαφόρων συστατικῶν τῆς χολῆς. Θὰ ἔχωμεν οὕτω αὐξήσιν τῆς χολερυθρίνης, τῆς χοληστερόλης κ.λ.π., εἰς δὲ τὰ οὖρα θὰ ἐμφανισθοῦν αἱ χολοχρωστικαὶ καὶ τὰ χολικά ἄλατα.

Ἡ ἔρευνα τῆς ἥπατικής λειτουργίας διὰ τῶν γνωστῶν δοκιμασιῶν μᾶς διδίδει ἀρνητικὴν ἀπάντησιν, μεγάλης διαγνωστικῆς ἀξίας. Ἡ δοκιμασία τῆς γαλακτόζης ἐπίσης ἀποβαίνει ἀρνητική. Τὸ ποσὸν τῶν χολικῶν ἀλάτων ἐν τῷ αἵματι ὡς καὶ τῶν χολοχρωστικῶν αὐξάνει παραλλήλως καὶ οὕτως ἡ σχέσις τούτων παραμένει φυσιολογική, ἦτοι ἴση ἢ κατωτέρα τοῦ $\frac{1}{10}$. Ἐπίσης ἡ σχέσις ἐστεροποιημένης χοληστερόλης καὶ ὀλικῆς εἶναι φυσιολογική (0,60).

Θὰ παρατηρήσωμεν ἐπίσης συχνὰ πτώσιν τῆς προθρομβίνης, ἣτις ὁμως ἐπανερχεται ταχύτατα εἰς τὰ φυσιολογικὰ ὅρια, χάρις εἰς τὴν χορήγησιν βιταμίνης Κ καὶ χολικῶν ἀλάτων, ἅτινα εἶναι ἀπαραίτητα διὰ τὴν ἐντερικὴν ἀπορρόφησιν ταύτης, δεδομένου ὅτι ἀπουσιάζουσι ἐκ τοῦ ἐντέρου εἰς περίπτωσιν τελείας ἀποφράξεως τοῦ κοινοῦ χοληδόχου πόρου (δοκιμασία τοῦ Koller). Παρατηρεῖται ὡσαύτως αὐξήσις τῶν ὀξίνων φωσφατασῶν τοῦ ὄρου.

Δέον ὁμως νὰ σημειωθῆ, ὅτι αἱ ἥπατικά δοκιμασίαι εἶναι ἀρνητικαὶ κατὰ τὸ ἀρχικόν στάδιον τοῦ ἰκτέρου. Ἐὰν ἡ λόγφ λίθου ἀποφραξίς τοῦ χοληδόχου πόρου παραταθῆ ἐπὶ πολὺ χρονικόν διάστημα, τὸ ἥπατικόν παρέγχυμα θὰ προσβληθῆ καὶ αἱ δοκιμασίαι θὰ μεταπέσουν εἰς θετικάς.

Ἡ ἔρευνα θὰ τερματισθῆ μὲ τὸν καθητηριασμόν τοῦ δωδεκαδακτύλου. Εἰς περίπτωσιν τελείας ἀποφράξεως, κυρίως ἐκ νεοπλάσματος, οὗτος θέλει ἀποβῆ ἀρνητικός. Ἡ ἐκ λιθιάσεως ἀπόφραξις σπανίως εἶναι πλήρης καὶ οὕτως εἶναι δυνατόν νὰ ἀναρροφήσωμεν διὰ τοῦ καθητηροῦ μικρὰν ποσότητα χολῆς. Συγχρόνως μετὰ τοῦ καθητηριασμοῦ δυνάμεθα νὰ ἐρευνήσωμεν τὸν χρόνον ἐμφάνισεως τῆς βρωμοσουλφονοφθαλεΐνης ἐντὸς τῆς χολῆς, κατόπιν ἐνδοφλεβίου ἐνέσεως τοῦ προϊόντος τούτου. Εἰς περίπτωσιν ἀπλῆς ἥπατίτιδος ὁ χρόνος ἀπεκκρίσεως τῆς χρωστικῆς οὐσίας δὲν ἐπιμηκύνεται, ἐνῶ

εις τὰς μηχανικὰς ἀποφράξεις ἔχομεν σταθερὰν καθυστέρησιν εἰς τὴν ἐμφάνισιν ταύτης ἐντὸς τοῦ δωδεκαδακτυλικοῦ ὕγρου.

β) Ἑτεραὶ ἰκτερικαὶ μορφαί. Περιεγράψαμεν ἀνωτέρω τὴν πλέον συχὴν μορφήν ὑπὸ τὴν ὁποίαν ἐκδηλοῦται ἡ λιθίασις τοῦ χοληδόχου πόρου. Εἶναι ὅμως δυνατόν αὕτη νὰ ἐκδηλωθῇ καὶ ὑπὸ τρεῖς ἄλλας εἰσέτι ἰκτερικὰς μορφάς: α) χρόνιος ἰκτερος ἐξ ἀποφράξεως, β) γνησία ἰκτερικὴ μορφή, γ) κακοήθης λιθιασικὴ χολαγγειίτις.

1) Ὁ χρόνιος ἀποφρακτικὸς ἰκτερος εἶναι ἐκεῖνος ὅστις παρατείνεται ἐπὶ πολλὰς ἐβδομάδας, κατὰ δὲ τὸν Chauffard 45 ἡμέρας. Ἀκόμη καὶ σήμερον παρατηροῦνται ἰκτεροὶ διαρκούντες ἀπὸ 2,3 ἢ καὶ περισσοτέρων μηνῶν.

Ὁ ἰκτερος οὗτος κατὰ τὴν ἐξέλιξιν του ἐμφανίζει μεταπτώσεις μὲ περιόδους ἀύξομιώσεως καὶ μὲ παραλλήλους ἐπίσης ἀύξομιώσεις τῆς χροιάς τῶν οὕρων καὶ τῶν κοπράνων. Κάθε ἐπανάληψις τοῦ ἐπωδύνου συνδρόμου συνοδεύεται ἀπὸ ἐπιδεινώσιν τοῦ ἰκτέρου. Συγχρόνως παρατηρεῖται καὶ ἀπότομος ἀύξησις τῆς θερμοκρασίας, 39°—40°, συνοδευομένη καὶ ὑπὸ ρίγους. Οἱ παροξυσμοὶ οὔτοι, ὀφει-39°—40°, συνοδευομένη καὶ ὑπὸ ρίγους. Οἱ παροξυσμοὶ οὔτοι, ὀφει- λόμενοι ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον εἰς τὴν ἐνσφηνώσιν ἐνὸς λίθου παρά τὸ Φατέρειον φῦμα, ἐπαναλαμβάνονται κατὰ συχνὰ χρονικὰ διαστήματα, μέχρις οὗτο ἐπέλθῃ ὁ πλήρης ἰκτερος, ὅποτε καὶ ἐξαφανίζονται. Ὁ ἰκτερος οὗτος ταχέως, εἰς διάστημα ὀλίγων ἡμερῶν, ἀπὸ χροιάς κίτρινῆς χρυσοῦ προσλαμβάνει τὴν πρασινίζουσαν τοιαύτην. Τὸ ἦπαρ διογκοῦται, ὁ καθετηριασμὸς τοῦ δωδεκαδακτύλου ἀποβαίνει ἀρνητικὸς, τὸ κοπροχολινογόνον ἀπουσιάζει ἐκ τῶν κοπράνων καὶ ἡ οὔροχολίνη ἐκ τῶν οὕρων, παρά τὴν ἀφθονίαν χολερυθρίνης καὶ χολικῶν ἀλάτων.

Ἐνώπιον μιᾶς τοιαύτης καταστάσεως, κλινικῆς καὶ βιολογικῆς, δεόν νὰ προβῶμεν ἀμέσως εἰς τὴν χειρουργικὴν ἐπέμβασιν πρὶν ἢ ἐμφανισθοῦν τὰ σημεῖα τῆς προσβολῆς τοῦ ἥπατικοῦ παρεγχύματος.

2) Ἡ γνησία ἰκτερικὴ μορφή εἶναι ἐξαιρετικῶς σπανία. Πρόκειται περὶ ἰκτέρου προοδευτικῶς ἐξελισσομένου, ἄνευ πόνου καὶ πυρετοῦ, ὅποτε σκέπτεται τις τὸν ἰκτερον ἐκ νεοπλάσματος. Εἰς ὅλας ὅμως αὐτὰς τὰς περιπτώσεις θὰ πρέπη νὰ ἐρευνηθῇ τις τὴν ὕπαρξιν, πρὸ τῆς ἐμφάνισεως τοῦ ἰκτέρου, ὠρισμένων συμπτωμάτων, ἰδίως ἀβληχρῶν πόνων παρά τὸ ἐπιγαστήριον, ἀναλόγων μὲ ἐκεῖνους οἵτινες παρατηροῦνται κατὰ τὴν εἰσβολὴν τῶν τυπικῶν ἀποφρακτικῶν ἰκτέρων. Ἐν ἐναντίᾳ περιπτώσει πρόκειται μᾶλλον

περί ίκτέρου μὴ ὀφειλομένου εἰς λίθον, ἀκόμη καὶ ἐάν διαπιστωθῇ ἡ ὕπαρξις τοιούτων ἐντός τῆς χοληδόχου κύστεως.

3) Ἡ κακοήθης λιθιασική χολαγγειίτις εἶναι ἐξαιρετικῶς βαρεῖα, οὐχὶ τόσον λόγῳ τῆς ἐντάσεως καὶ ἐπαναλήψεως τῶν ἐπωδύνων κρίσεων, ὅσον λόγῳ τῆς χολαγγειίτιδος, ἐξαιρετικῶς βαρείας, μὲ προσβολὴν τοῦ ἥπατος καὶ τῶν νεφρῶν. Ὁ ἴκτερος ἐγκαθίσταται ταχύτατα, λίαν ἔντονος, ταχυτάτης ἐξελίξεως, μὲ ἐπαναλαμβανομένας χολαγγειακὰς κρίσεις, μὲ πυρετὸν ὑφέσιμον, ἀδυναμίαν, ἡμικωματώδη κατάστασιν, ὀλιγουρίαν, λευκωματουρίαν καὶ πάντοτε ἠύξημένην οὐρίαν μέχρι καὶ 2,0 γρ. Αἱ ἥπατικά ἐξοκιμασθῆναι ἀποβαίνουν ταχύτατα θετικά, ὑποδεικνύουσαι τὴν ἄμεσον προσβολὴν τοῦ παρεγχύματος. Ἡ ἐξέλιξις εἶναι ταχεῖα καὶ ἡ πρόγνωσις ἐξαιρετικῶς σοβαρά. Μόνον ἡ ταχεῖα χειρουργικὴ ἐπέμβασις δύναται νὰ σώσῃ τὸν ἄρρωστον. Ἐάν ὁ κυστικὸς πόρος εἶναι ἐλεύθερος ἢ ἀπλῆ χολοκυστοστομία διακόπτει τὴν ἐπανάληψιν τῶν χολαγγειακῶν κρίσεων καὶ ἐξαφανίζει τὰ συμπτώματα ἐκ τοῦ νεφροῦ. Ἐν ἐναντίῳ περιπτώσει, παρὰ τὴν προσβολὴν τοῦ ἥπατος καὶ παρὰ τὴν διαταραχὴν τῆς λειτουργίας τῶν νεφρῶν, θὰ πρέπη νὰ ἐπιχειρηθῇ ἀμέσως ἡ ἀφαίρεσις τοῦ λίθου, ἥτις καὶ μόνη δύναται νὰ ἐπιφέρῃ τὴν ἴασιν, παρὰ τὴν ὑψηλὴν ἀζωθαιμίαν.

γ) Μορφαὶ ἄνευ ἴκτερου: Ὁ ἴκτερος δὲν εἶναι σταθερὸν σημεῖον λιθιάσεως τοῦ χοληδόχου πόρου. Ὑπάρχουν μορφαὶ ἄνευ ἴκτερου, χαρακτηριζόμεναι ἀπὸ ἐν ἢ περισσότερα συμπτώματα, ἤτοι ἀμιγεῖς πόνους, πόνους μετὰ πυρετοῦ, ἢ ἀμιγῆς ἐμπύρετος μορφή.

Αἱ ἐπὶ δυνοὶ μορφαί, αἱ προσλαμβάνουσαι τοὺς χαρακτηῖρας λιθιάσεως τῆς χοληδόχου κύστεως, δὲν εἶναι σπάνια. Οἱ πόνοι ὁμοιάζουν ἐνίοτε μὲ τὸν τυπικὸν κωλικὸν τοῦ ἥπατος καὶ μὲ τὴν ἀντανάκλασιν πρὸς τὴν δεξιὰν ὠμοπλάτην, ἄνευ ὅμως ἴκτερου. Ἐνίοτε παρατηρεῖται ἐλαφρὸς ὑπίκτερος τῶν ἐπιπεφυκῶτων, ὅπως καὶ κατὰ ἓνα γνήσιον κωλικὸν τοῦ ἥπατος. Παρατηροῦνται ἐπὶ πλέον φαινόμενα δυσπεπτικά, ἅτινα ἀποδίδονται εἰς τὴν χοληδόχον κύστιν, ἐπίσης θετικὸν σημεῖον Murph'y, κατὰ δὲ τὴν ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν ἡ χοληδόχος κύστις δὲν διαγράφεται. Πάντα ταῦτα τὰ στοιχεῖα συνηγοροῦν ὑπὲρ λιθιάσεως τῆς χοληδόχου κύστεως.

Εἰς ὄλας αὐτάς τὰς περιπτώσεις θ' ἀναζητηθοῦν οἱ ἴδιοι χαρακτηῖρες τῆς λιθιάσεως τοῦ χοληδόχου πόρου: Συσφιγκτικοὶ πόνοι παρὰ τὴν βάσιν τοῦ θώρακος ἄνευ ἀντανάκλασεως πρὸς τὸν ὤμον,

άσαφές σύνδρομον έντερικῆς απόφραξεως με παροξυντικούς πόνους, με έμέτους, στάσιν κοπράνων και αερίων, διάτασιν τῆς κοιλίας, ακτινολογικῶς δὲ και αὐτὴν τὴν αερούδρικὴν εἰκόνα. Ἡ διάγνωσις στρέφεται πρὸς εἰλεὸν λόγω χολολίθου, ἀλλὰ και μία ὀξεῖα ἐκ λίθου ἀπόφραξις τοῦ χοληδόχου πόρου προκαλεῖ τὸ αὐτὸ σύνδρομον.

Δέον ἐπίσης νὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν τὰς λανθανούσας λιθιάσεις τοῦ χοληδόχου πόρου, αἵτινες συνυπάρχουν με λιθίασιν τῆς χοληδόχου κύστεως και αἰ ὅποῖαι, ἀσυμπτωματικά, ἀνακαλύπτονται τυχαίως κατά μίαν ἐγχείρησιν. Εἰς ὅλας αὐτάς τὰς περιπτώσεις ἐνδείκνυται ἀπολύτως ἡ χολαγγειογραφία και εἰ δυνατόν ἡ ἀκτινομανομετρία.

Ἀπὸ ἀπόψεως ἐξελίξεως, ἡ αὐτόματος ἴασις, δηλαδή ἡ ἀποβολὴ τοῦ λίθου τοῦ χοληδόχου πόρου εἶναι σπανία. Ἐνίοτε, μετὰ πάροδον μηνῶν, ὁ λίθος ἀποβάλλεται αὐτομάτως, θέτων οὕτω τέρμα εἰς τὰς ἐπώδυνους κρίσεις, τὸν πυρετὸν και τὸν ἴκτερον. Ὡς ἐκ τούτου εἰς ὅλας τὰς περιπτώσεις χολολιθιάσεως ἡ ἀναζητήσις τῶν λίθων εἰς τὰ κόπρανα ἀποτελεῖ χρήσιμον διαγνωστικὸν στοιχεῖον.

Διαφορικὴ διάγνωσις. Αὕτη ἀφορᾷ κυρίως τὰς ἰκτερικές μορφάς. Ἡ διαφορικὴ ὁμως διάγνωσις τῶν ἰκτέρων θ' ἀποτελέσῃ ἴδιον κεφάλαιον. Περιληπτικῶς δυνάμεθα νὰ εἴπωμεν ἐνταῦθα, ὅτι, ἐάν ὁ ὑποτροπιάζων ἐπώδυνος και ἐμπύρετος ἴκτερος στρέφῃ αὐτομάτως τὴν προσοχὴν πρὸς τὴν λιθίασιν τοῦ κοινοῦ χοληδόχου πόρου, τὸ χολαγγειακὸν σύνδρομον δυνατόν νὰ ὀφείλεται και εἰς πλείστα ἄλλα αἷτια: Ἀπόφραξις οὐχὶ ἐκ λίθου και πίεσις τοῦ κοινοῦ χοληδόχου πόρου, ἀλλοιώσεις τοῦ ἥπατικοῦ παρεγχύματος ὑποδουόμεναι κλινικῶς τὸν ἀποφρακτικὸν ἴκτερον, μεμονωμένοι φλεγμοναὶ τῶν χοληφόρων ὁδῶν.

Ἀπόφραξις τοῦ κοινοῦ χοληδόχου πόρου δύναται νὰ προκληθῇ και ἀπὸ τὴν ἐντὸς τούτου παρουσίαν παρὰσιτῶν, δρωσάραγεῖσα ὕδατις κύστις, ἀσκαρίδες κ.λ.π. Δύναται ἐπίσης νὰ προκληθῇ στενώσις ἐκ φλεγμονῆς ἢ ἐξ ὄγκου.

Αἱ φλεγμονώδεις στενώσεις εἶναι σπάνιαι και προκαλοῦν συνήθως πολλαπλὰς στενώσεις τοῦ κοινοῦ χοληδόχου πόρου ἢ μίαν μὲν, ἀλλὰ ἐκτεταμένην τοιαύτην.

Αἱ στενώσεις ἐξ ὄγκου ὀφείλονται συνήθως εἰς καρκίνον. Ὁ καρκίνος τῆς κυρίας χοληφόρου ὁδοῦ ἐδράζεται συνήθως παρὰ τὸ σημεῖον ἐνώσεως κυστικοῦ—ἥπατικοῦ—χοληδόχου.

Ἐάν συνυπάρχη, ὅπως τοῦτο παρατηρεῖται ἄρκετὰ συχνά, μὲ μίαν λιθίασιν τῆς χοληδόχου κύστεως, ἀπουσιάζει τὸ σημεῖον τῶν Courvoisier—Terrier καὶ ἡ διάγνωσις στρέφεται πρὸς τὴν λιθίασιν τοῦ χοληδόχου πόρου. Ὅταν ὁ ὄγκος ἐδράζεται εἰς τὸ κατώτερον τμήμα τοῦ χοληδόχου πόρου, ἀλλὰ παραδόξως καὶ εἰς τὸν ἡπατικὸν πόρον, χωρὶς νὰ ἔχη προσβληθῆ ὁ κυστικὸς πόρος, ἡ χοληδόχος κύστις, ἀπουσιάζει κάθε φλεγμονῆς, διατείνεται καὶ οὕτως ἔχομεν θετικὸν σημεῖον Courvoisier—Terrier. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς ὁ ἴκτερος εἶναι προοδευτικὸς, συνεχῶς ἐπιδεινούμενος ἄνευ παροδικῶν βελτιώσεων, ἀνώδυνος καὶ ἀπύρετος. Ἐπιπρόσθετα ὁμοίως φαινόμενα χολαγγειίτιδος, ἰδίως ὅταν ἡ ἀπόφραξις καταλαμβάνῃ τὸ κατώτερον τμήμα τοῦ χοληδόχου πόρου, ἀλλοιώνουν τὴν κλινικὴν εἰκόνα καὶ ἡ διάγνωσις μεταξὺ λίθου καὶ ὄγκου ἢ καὶ φλεγμονῆς τῆς θηλῆς εἶναι ἐξαιρετικῶς δυσχερῆς. Οἱ ὄγκοι ὁμοίως τοῦ Φατερείου φύματος προκαλοῦν συνήθως ἐνδοδωδεκαδακτυλικὴν αἱμορραγίαν, μικροσκοπικῶς ἀνιχνευομένην. Ἡ δὲ ἀκτινολογικὴ ἐξέταση τοῦ δωδεκαδακτυλικοῦ πλαισίου μᾶς δίδει πολύτιμον διαγνωστικὸν σημεῖον, τὴν εἰκόνα ἐν εἴδει μικροῦ ε ἢ ἀνεστραμμένου 3.

Ἡ πίεσις τοῦ κοινοῦ χοληδόχου πόρου παρατηρεῖται εἴτε ἐνδοηπατικῶς παρὰ τὸ σημεῖον γενέσεως τῶν κλάδων τοῦ ἡπατικοῦ πόρου καὶ εἰς περίπτωσιν δευτεροπαθοῦς καρκίνου τοῦ ἥπατος, εἴτε παρὰ τὴν πύλην, ὅπου εἰς λίθος τοῦ κυστικοῦ πόρου εἴτε εἰς ἀδὴν φλεγμονώδης, φυματιώδης ἢ νεοπλασματικῆς, δύναται νὰ πιέξῃ τὸν χοληδόχον πόρον.

Μία πίεσις ἐπίσης κατὰ τὸ κατώτερον τμήμα τοῦ κοινοῦ χοληδόχου πόρου κατὰ τὴν ὀπισθοπαγκρεατικὴν μοῖραν του, λόγῳ καρκίνου τῆς κεφαλῆς τοῦ παγκρέατος ἢ χρονίας παγκρεατίτιδος, θὰ εἶχεν ὡς ἀποτέλεσμα ἓνα χρόνιον ἀποφρακτικὸν ἴκτερον.

Σπανίως θ' ἀποκαλυφθοῦν οἱ λίθοι τοῦ χοληδόχου πόρου διὰ τῆς ἀπλῆς ἀκτινογραφίας. Σπανίως θὰ παρατηρήσωμεν κατὰ τὴν χώραν τοῦ χοληδόχου πόρου εἰκόνας λίθων τοῦ ἐνὸς ἐπὶ τοῦ ἄλλου, μὲ τὸ ἀνοικτοῦ χρώματος κέντρον περιβαλλόμενον ἀπὸ λεπτὴν περιφέρειαν. Εἰς ὅλας αὐτὰς τὰς περιπτώσεις θὰ πρέπη ν' ἀποκλεισθοῦν ἡ ἀπόφραξις. Εἰς ὅλας αὐτὰς τὰς περιπτώσεις θὰ πρέπη ν' ἀποκλεισθοῦν ἡ ἀπόφραξις. Σπανίως ἐπίσης, οἱ λίθοι τῶν νεφρῶν ὡς καὶ ἄλλαι ἀποτιτανώσεις, Σπανίως ἐπίσης, κατόπιν χολοκυστογραφίας καὶ κατὰ τὴν ἐκκένωσιν τῆς χοληδόχου κύστεως, ἡ σκιερὰ οὐσία διερχομένη διὰ τοῦ χοληδόχου πόρου θ' ἀποκαλύψῃ τὴν ἐντὸς τούτου ὑπαρξιν ἐνὸς λίθου.

Ὡς ἐκ τούτου, ἡ μόνη μέχρι σήμερον δυνατὴ ἐξέτασις εἶναι ἡ χολαγγειογραφία, ἐκτελουμένη ὑπὸ γνωστὰς πιέσεως, οὕτως ὥστε ν' ἀποφευχθῆ ἡ πλήρης κάλυψις τῶν λίθων ὑπὸ τῆς σκιερᾶς

ούσιας ὡς καὶ ἡ πλήρωσις τοῦ δωδεκαδακτύλου. Θὰ ἔχωμεν οὕτως εἰκόνας ἐλλείψεως, στρογγύλας, ῥοειδεῖς ἢ ἀσαφῶς πολυεδρικές· μονήρεις ἢ πολλαπλᾶς καὶ συνήθως κεντρικές. Οἱ μεγάλοι λίθοι εἶναι συνήθως μονήρεις ἐν εἴδει πούρου. Ἄλλοτε θὰ παρατηρήσωμεν κυλινδρικούς λίθους, τὸν ἓνα ἐπὶ τοῦ ἄλλου, καθ' ὄλον τὸ μῆκος τοῦ χοληδόχου πόρου. Εἰς περιπτώσιν μεγάλου λίθου ἀποφράσσοντος τὸν χοληδόχον πόρον, θὰ ἔχωμεν μίαν εἰκόνα ὁμοιογενοῦς στήλης, τῆς ὁποίας τὸ κάτω ἄκρον διαγράφει καμπύλην κοίλην πρὸς τὰ κάτω. Ἐνίοτε ἐλαχίστη ποσότης τῆς σκιερᾶς οὐσίας διέρχεται κατὰ μῆκος τῶν πλαγίων τοιχωμάτων τοῦ λίθου καὶ διαγράφει μέρος τῆς περιφερείας του. Σπανιώτερον ἢ διακοπὴ ἐμφανίζεται μὲ μίαν ὀριζοντίαν γραμμὴν, ἰδίως εἰς περιπτώσεις, εἰς ἃς ἡ διάτασις τοῦ χοληδόχου πόρου δὲν εἶναι σημαντικὴ. Ἐάν ἡ σκιερὰ οὐσία διεισδύσῃ πέρα τῶν λίθων, θὰ ἔχωμεν τὴν εἰκόνα κηλίδων ἀνοικτοῦ χρώματος, στρογγύλων ἢ ῥοειδῶν, τῆς μιᾶς ἐπὶ τῆς ἄλλης, ἐντὸς χοληδόχου πόρου, ὅστις συνήθως ἐμφανίζεται διατεταμένος. Ἡ διάτασις αὕτη δὲν ἀφορᾷ μόνον τὴν ὑπερθεὶν τοῦ λίθου μοῖραν τοῦ χοληδόχου πόρου.

Σπανιώτερον θὰ ἔχωμεν τὴν ἀκτινολογικὴν εἰκόνα ἐλλείψεως τοῦ τοιχώματος, ὡς ἐάν ὁ λίθος ἦτο προσκεκολλημένος ἐπὶ ἑνὸς ἐκ τῶν πλαγίων τοιχωμάτων.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ν ΙΣΤ'

Η ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ ΤΩΝ ΙΚΤΕΡΩΝ

Ἐλάχιστα κεφάλαια τῆς Παθολογίας ἔχουν ἀπασχολήσει τόσον τοὺς διαφόρους συγγραφεῖς ὅσον ἡ παθολογία τῶν ἰκτέρων. Τὰ τελευταῖα ἔτη, αἱ ἐπιτελεσθεῖσαι πρόοδοι εἰς τὴν διάγνωσιν καὶ θεραπείαν τῶν νόσων τοῦ ἥπατος προώθησαν ἔτι περισσότερο τὴν μελέτην τῶν ἰκτέρων.

Ὁ ἰκτερος—σύμπτωμα καὶ οὐχὶ νόσος—, ἅμα τῇ ἐκδηλώσει του, δημιουργεῖ αὐτομάτως ποικίλα ὅσα προβλήματα, τὸ ὅποια εἶναι ὑποχρεωμένος νὰ διαλευκάνῃ ὁ κάθε ἰατρός, οἰασθῆποτε εἰδικότητος.

Λέγοντες ἰκτερον γενικῶς, ἐννοοῦμεν τὴν κατάστασιν ἐκείνην κατὰ τὴν ὁποίαν, λόγῳ περισσεῖας χολερυθρίνης ἐν τῷ αἵματι, τὸ δέρμα, οἱ βλεννογόνοι, οἱ ἐπιπεφυκότες ἀποκτοῦν μίαν ἰδιάζουσαν κιτρίνην χρῶσιν. Προσφάτως, ὅλοι οἱ ἰκτεροὶ θεωροῦνται ὡς σύμπτωμα νόσου τοῦ ἥπατος ἢ τῶν χοληφόρων ὁδῶν, δεδομένου ὅτι καὶ δι' αὐτὴν τὴν αἰμολυτικὴν νόσον φαίνεται ὅτι ἀπαιτεῖται μία σχετικὴ βλάβη τοῦ ἥπατος, οὕτως ὥστε νὰ δημιουργηθῇ εἰς κλινικῶς ἀντιληπτὸς ἰκτερος.

ΦΥΣΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΙΚΤΕΡΩΝ

Ἡ κυκλοφορία καὶ ἡ ἀπέκκρισις τῆς χολερυθρίνης ἐν τῷ ἀνθρώπινῳ ὀργανισμῷ ἀκολουθεῖ τρία κυρίως στάδια:

α) Παραγωγή ὑπὸ τοῦ δικτυοενδοθηλιακοῦ συστήματος. Κατὸ πιν ἰδίως τῶν ἐργασιῶν τοῦ H. Fischer γνωρίζομεν σήμερον, ὅτι ἡ χολερυθρίνη τοῦ αἵματος προέρχεται ἐκ τῆς διασπάσεως τοῦ μορίου τῆς αἰμοσφαιρίνης, ἥτις λαμβάνει χώραν ἐν τῷ δικτυοενδοθηλιακῷ συστήματι καὶ ἀφορᾷ κυρίως τὸν πυρῆνα τῆς αἱμίνης. Κατὰ τὴν μετατροπὴν τῆς αἱμίνης εἰς χολερυθρίνην ἀποβάλλεται ὁ σίδηρος τοῦ μορίου τῆς αἱμίνης καὶ κατακρατεῖται ἐν τῷ ὀργανισμῷ ὑπὸ τοῦ δικτυοενδοθηλιακοῦ συστήματος. Ἡ χολερυθρίνη ἐμφανίζεται τότε ὡς ἀνοικτὴ ἄλυσος καὶ χάνει τὸν κυκλικὸν χαρακτῆρα τῆς αἱμίνης καὶ κατ' ἀκολουθίαν παύει πλέον νὰ περιέχῃ σίδηρον.

Ἡ οὕτω πως διὰ τοῦ δικτυοσενδοθηλιακοῦ συστήματος παράχθεισα χολερυθρίνη εὐρίσκεται ἐν τῷ αἵματι δεσμευμένη μετὰ μορίου λευκώματος.

β) Ἀπέκκρισις ἐντὸς τῆς χολῆς διὰ τῶν ἥπατικῶν κυττάρων. Ὑπὸ τὴν δεσμευμένην ταύτην μορφήν ἡ χολερυθρίνη μεταφέρεται ἐκ τοῦ αἵματος εἰς τὸ ἥπαρ. τὸ ὁποῖον τὴν διασπᾷ καὶ οὕτω ἀπεκκρίνεται διὰ τῶν ἥπατικῶν πόρων ἐλευθέρα.

γ) Μεταφορὰ διὰ τῶν χοληφόρων ὁδῶν ἐντὸς τοῦ ἐντέρου. Ἡ ἀπέκκρισις γίνεται ἐντὸς τῆς χοληδόχου κύστεως ὅπου, ὡς γνωστόν, ἡ χολὴ συμπυκνοῦται εἰς τὸ δεκαπλάσιον καὶ πλέον. Ὄταν ἡ χοληδόχος συσπᾶται, ἡ χολερυθρίνη κενοῦται ἐντὸς τοῦ δωδεκαδακτύλου καὶ ἐκεῖθεν ἐντὸς τοῦ ὑπολοιποῦ ἐντέρου. Ἡ μικροβιακὴ χλωρίς τούτου τὴν ἀναγάγει εἰς τὴν τελικὴν τῆς μορφήν, τὸ κοπροχολινογόνον, μέρος τοῦ ὁποῖου ἀποβάλλεται διὰ τῶν κοπράνων, τὰ ὁποῖα καὶ χρωματίζει, ἐνῶ τὸ ὑπόλοιπον, ἀπορροφούμενον ὑπὸ τοῦ ἐντέρου, διὰ τῆς πυλαίας μεταφέρεται ἐκ νέου πρὸς τὸ ἥπαρ. Μία ἐκ τῶν πολλαπλῶν λειτουργιῶν τοῦ ἥπατος εἶναι καὶ νὰ μετατρέπη τὸ τελικὸν προϊόν — τὸ κοπροχολινογόνον — καὶ πάλιν εἰς τὸ ἀρχικόν, τὴν χολερυθρίνην.

Εὐνόητον εἶναι, ὅτι μία οἰαδήποτε διαταραχὴ ἐνός ἐκ τῶν τριῶν αὐτῶν σταδίων θὰ ὀδηγήσῃ πρὸς τὸν ἰκτέρον.

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΩΝ ΙΚΤΕΡΩΝ

α) Ὑπερβολικὴ παραγωγὴ χολερυθρίνης ὀφειλομένη εἰς μεγάλην αἰμόλυσιν ὑπερκαλύπτουσαν τὴν ἀπεκκριτικὴν ἰκανότητα τοῦ ἥπατος δὴ ὀδηγήσῃ εἰς ὑπερχολερυθριναιμίαν. Ἡ θεωρία αὕτη ἐξηγεῖ τὸν μηχανισμόν τοῦ αἰμολυτικοῦ ἰκτέρου. Διὰ τὸν Rich καὶ τὸν Masters ἡ ἄνω αἰτία δημιουργίας ἰκτέρου εἶναι ἐξαιρετικῶς σπανία. Ὅσακις ἐκδηλοῦται ἰκτέρος μεθ' ὑπερβολικῆς αἰμολύσεως, ἡ οὕτως πως προκαλουμένη ἀνοξαιμία ἢ ἡ ἀναιμία ἢ προσβάλλουσα τὸ ἥπατικὸν κύτταρον φέρεται ὡς τὸ πιθανόν αἷτιον τοῦ ἰκτέρου. Εἰς τινὰς περιπτώσεις, φυσικά, ὁ παράγων τῆς αἰμολύσεως δημιουργεῖ ἄμεσον βλάβην τοῦ ἥπατικοῦ παρεγχύματος.

β) Ἐκτεταμένη βλάβη τῶν ἥπατικῶν κυττάρων λόγῳ λοιμώξεως ἢ λόγῳ τοξικῶν παραγόντων ἐμποδίζει τὴν ἀπέκκρισιν τῆς φυσιολογικῶς σχηματισθείσης χολερυθρίνης.

Ἡ κατακράτησις τῆς χολῆς εἶναι εὐνόητος εἰς περιπτώσεις, καθ' ἃς ἡ ἥπατικὴ βλάβη ἔχει φθάσει μέχρι νεκρώσεως. Ἀρκετὰ συχνά

ὁμῶς παρατηρεῖται τοιαύτη κατακράτησις καὶ εἰς περιπτώσεις κατὰ τὰς ὁποίας ἡ βιοψία τοῦ ἥπατος ἀποκλείει οἰανδήποτε νέκρωσιν τοῦ ἥπατικοῦ κυττάρου. Ἡ χολὴ παρατηρεῖται καὶ ἐντὸς καὶ μεταξὺ τῶν ἥπατικῶν κυττάρων, γεγονός τὸ ὁποῖον ὑποδηλοῖ ὡς αἷτιον τῆς κατακράτησεως βλάβην αὐτοῦ τούτου τοῦ κυττάρου. Ὡς θεωρία ἐξηγοῦσα τὸ φαινόμενον τοῦτο φέρεται ἡ πίεσις τῶν ἐξοιδημένων ἥπατικῶν κυττάρων ἐπὶ τῶν ἐνδολοβίων τριχοειδῶν πόρων. Λαμβανομένης ὁμῶς ὑπ' ὄψιν τῆς μεγάλης ἰκανότητος διαστολῆς τοῦ ἥπατος, διστάζει τις ν' ἀποδεχθῇ τὴν θεωρίαν ταύτην τῆς πίεσεως.

Εἰς μερικὰς περιπτώσεις ἐλαφρᾶς ὑπερχολερυθριναιμίας οὐδὲν αἷτιον ἀνακαλύπτεται, τὰ δὲ κλινικὰ συμπτώματα εἶναι σχεδὸν ἀνύπαρκτα. Τοιαύτας περιπτώσεις περιέγραψε τὸ 1941 ὁ Dameshek ὑποστηρίζων ὡς αἷτιον μίαν διαταραχὴν τῆς διαπερατότητος τῶν ἥπατικῶν κυττάρων. Τὸ 1948 ὁ Mollison ἀπέδειξεν, ὅτι ὁ ἴκτερος τῶν νεογνῶν, ὁ λεγόμενος «φυσιολογικός ἴκτερος», ὀφείλεται εἰς τὸ ὅτι τὰ ἥπατικά κύτταρα δὲν ὠρίμασαν εἰσέτι λειτουργικῶς καὶ οὐχί, ὡς ἐπιστεύετο μέχρι τοῦδε, εἰς ὑπερβολικὴν αἰμόλυσιν τῶν ἐρυθρῶν αἰμοσφαιρίων εὐθὺς μετὰ τὴν γέννησιν. Ἐπεβεβαίωσε δὲ τοῦτο ἀποδεικνύων ὅτι ἡ ταχύτης ἀπεκρίσεως τῆς βρωμοσουλφονοφθαλεῖνης εἶναι βραδυτέρα εἰς τὸ βρέφος ἀπὸ ὅ,τι εἶναι εἰς τὸν ἐνήλικα.

γ) Ρῆξις τοῦ χοληφόρου συστήματος ἐκ τῆς αὐξηθείσης πίεσεως λόγῳ ἀποφράξεως καὶ παρεμπόδισις τῆς ροῆς τῆς χολῆς, ἐπιτρέπει τὴν ἐκ νέου ἐπαναρρόφησιν τῆς χολῆς ἐντὸς τῆς γενεῆς κυκλοφορίας, ἀφοῦ αὕτη διήλθε διὰ τῶν ἥπατικῶν κυττάρων. Ὁ μηχανισμὸς οὗτος τοῦ ἴκτερου εἶναι καὶ ὁ πλέον εὐνόητος ἐκ τῶν τριῶν περιγραφέντων, δεδομένου ὅτι βασιζέται ἐξ ὀλοκλήρου ἐπὶ τῆς μηχανικῆς ἀποφράξεως.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΙΣ ΤΩΝ ΙΚΤΕΡΩΝ

Πολλὰ ταξινομήσεις ἔχουν προταθῆ με βάσιν τὰ φυσιολογικὰ δεδομένα τὰ προκαλοῦντα τὴν ἐμφάνισιν ἑνὸς ἴκτερου.

Μία τούτων εἶναι καὶ ἡ κάτωθι τροποποίησις τῆς τοῦ Rich:

- | | | |
|---|--|----------------------------------|
| Κατακράτησις ὀφειλομένη εἰς : | | |
| — Ὑπερβολικὴν καταστροφὴν ἐρυθροκ. Αἰμολυτικὸς | | Μὴ ἀποφρακτικὸς ἰατρικὸς ἴκτερος |
| — ἀνώμαλον λειτουργίαν ἥπατικῶν κυττάρων. | | |
| — Ἀναγωγὴ ὀφειλομένη εἰς : | | |
| — νέκρωσιν τῶν ἥπατικῶν κυττάρων . . . | | |
| — ἀπόφραξιν χοληφόρων ὁδῶν. Ἀποφρακτικὸς χειρουργικὸς ἴκτερος | | |

Ἡ ταξινομήσις αὕτη δὲν εἶναι ὁμοφώνως ἀποδεκτὴ. Οἱ ὄροι κατακράτησις καὶ ἀναγωγή εἶναι ἀρκετὰ σαφεῖς. Ὁ τελευταῖος ὑπονοεῖ τὴν συσσώρευσιν ἐντὸς τῆς γενικῆς κυκλοφορίας τῆς χολερυθρίνης, ἥτις διήλθε διὰ τῶν ἥπατικῶν κυττάρων, ἀλλὰ διὰ ποικίλους λόγους ἐπανήλθεν εἰς τὴν κυκλοφορίαν. Ἀρχικῶς ὑπετέθη, ὅτι χάρις εἰς τὴν ταξινομήσιν ταύτην αἱ ἐργαστηριακαὶ ἐρευναι θὰ ὑπεβοήθουν τὴν διαφορικὴν διάγνωσιν.

Κατὰ τὸν Rich, ὁ ἴκτερος «ἐκ κατακρατήσεως» χαρακτηρίζεται ἀπὸ τὴν ἐντὸς τῆς κυκλοφορίας συσσώρευσιν τῆς ἐμμέσου χολερυθρίνης, ἀπὸ τὴν παρουσίαν μεγάλης ποσότητος οὐροχολινογόνου εἰς τὰ οὖρα καὶ τὴν ἀπουσίαν χολερυθρίνης. Εἰς τὸν ἴκτερον «ἐξ ἀναγωγῆς» θὰ ὑπῆρχεν ἐντὸς τοῦ αἵματος συσσώρευσις ἀμέσου χολερυθρίνης καὶ ἐντὸς τῶν οὖρων ποικίλη ποσότης οὐροχολινογόνου καὶ χολερυθρίνης. Γνωρίζομεν σήμερον, ὅτι τὰ ἐργαστηριακά ταῦτα εὐρήματα δὲν εἶναι πάντοτε ἀκριβῆ. Τὸ κύριον ὅμως ἐλάττωμα τῆς ταξινομήσεως ταύτης εἶναι ὅτι κατατάσσει τὸν ἥπατικὸν ἴκτερον καὶ εἰς τὰς δύο ομάδας. Δηλαδή, κατὰ τὸν Rich, ὁ ἥπατικὸς ἴκτερος εἰς μὲν τὸ πρῶτον στάδιον, τῆς ἥπατικῆς βλάβης, εἶναι ἀποτέλεσμα τῆς κατακρατήσεως τῆς χολερυθρίνης, εἰς δὲ τὰ τελικὰ στάδια, ἀποτέλεσμα τῆς ἀναγωγῆς. Ἄλλο ἀσθενὲς σημεῖον, ἀπὸ κλινικῆς ἀπόψεως, εἶναι ὅτι εἰς τὸν ἐξ ἀναγωγῆς ἴκτερον συμπεριλαμβάνονται δύο μορφαί, τὰς ὁποίας συχνότατα καλούμεθα νὰ προσδιορίσωμεν: ὁ ἴκτερος ὁ ὀφειλόμενος εἰς νέκρωσιν ἢ βλάβην τῶν ἥπατικῶν κυττάρων καὶ ὁ ἴκτερος ὁ ὀφειλόμενος εἰς ἀπόφραξιν τῶν χοληφόρων ὁδῶν.

Ὁ Mc Nee ἐπρότεινεν ἑτέραν καὶ πλέον ἀπλὴν ταξινομήσιν, ἥτις κατατάσσει τοὺς ἴκτεροὺς εἰς τρεῖς μεγάλας κατηγορίας:

- Αἰμολυτικὸς
- Ἡπατοκυτταρικὸς
- Ἀποφρακτικὸς.

Ταξινομήσις ἀρίστη διὰ τὸν κλινικόν, ἐφ' ὅσον ὑπενθυμίζει τοὺς τρεῖς βασικοὺς μηχανισμοὺς εἰς τοὺς ὁποίους ὀφείλονται οἱ ἴκτεροι. Τὸ ἀσθενὲς ὅμως σημεῖον καὶ τῆς ταξινομήσεως ταύτης εἶναι, ὅτι δὲν ἀναγνωρίζει τοὺς μικτοὺς μηχανισμοὺς, οἵτινες εὐθύνονται διὰ τὴν ἐμφάνισιν τοῦ ἴκτερου.

Μία πλέον πρόσφατος ταξινομήσις εἶναι ἡ προταθεῖσα ἀπὸ τὸν Ducci. Οὗτος, ἀναλόγως τοῦ γεγονότος, ὅτι ὁ ἴκτερος εἶναι τὸ ἀποτέλεσμα αἰτίας: α) δρώσης πρὶν ἢ ἡ χολερυθρίνη φθάσῃ εἰς τὸ ἥπαρ, β) δρώσης ἐντὸς τοῦ ἥπατος καὶ γ) δρώσης ἀφοῦ ἡ χολερυ-

θρίνη διέλθη διά τοῦ ἥπατος—περιλαμβανοῦσης ἐδῶ βεβαίως καί τοὺς ἀποφρακτικούς—διαιρεῖ τοὺς ἰκτέρους εἰς τρεῖς κατηγορίας:

- | | |
|------------------|--|
| α) Προηπατικός: | αίμολυτικός |
| | μὴ αίμολυτικός |
| β) Ἐνδοηπατικός: | ἥπατοκυτταρικός |
| | ἥπατικός καὶ τῶν μικρῶν χοληφόρων ὁδῶν |
| γ) Μεταηπατικός: | τελεία ἀπόφραξις |
| | ἀτελής ἀπόφραξις |

Τὸ κύριον προτέρημα τῆς ταξινομήσεως ταύτης εἶναι, ὅτι, διὰ πρώτην φοράν, ὑπογραμμίζεται τὸ γεγονός, ὅτι ὁ ἥπατικός ἰκτέρος δυνατὸν νὰ ὀφείλεται ὄχι μόνον εἰς βλάβην τοῦ ἥπατικοῦ κυττάρου, ἀλλὰ καὶ εἰς ἀλλοιώσεις τῶν τριχοειδῶν χοληφόρων ὁδῶν. Καὶ εἰς τὴν ταξινομήσιν ὁμως ταύτην δὲν γίνεται μνεῖα τῶν μικτῶν μορφῶν ἰκτέρου, κατὰ τὰς ὁποίας οὗτος δυνατὸν νὰ ὀφείλεται εἰς ἀπόφραξιν καὶ βλάβην ἥπατικὴν ἢ εἰς αἰμόλυσιν καὶ βλάβην τοῦ ἥπατικοῦ κυττάρου.

α) Προηπατικός ἰκτέρος : εἰς τὸν ἰκτέρον, ὅστις ὀφείλεται εἰς προηπατικὴν βλάβην, ἢ παθολογικὴ ἀλλοίωσις θ' ἀναζητηθῆ ἐντὸς τῶν ἐρυθρῶν αἰμοσφαιρίων. Τυπικὸν παράδειγμα εἶναι ὁ οἰκογενεϊκὸς αἰμολυτικός ἰκτέρος, καθ' ὃν τὰ ἐρυθροκύτταρα εἶναι ἠλλοιωμένα καὶ ἀντὶ τοῦ συνήθους σχήματος τῶν κοίλων δίσκων ἔχουν σφαιρικὸν σχῆμα. Εἰς μέγεθος ἐπίσης εἶναι μικρότερα τοῦ φυσιολογικοῦ. Ἐχομεν δηλαδὴ τὴν μικροκυτταρικὴν σφαιροκυττάρωσιν. Ἡ ἀντίστασις τῶν ἐπίσης εἶναι ἠλαττωμένη, θραύονται εὐκόλως, ὁπότε ἀπεκρίνεται ἀπὸ τὸν σπλῆνα ὑπερβολικὴ ποσότης χρωστικῆς ἐλευθέρας σιδήρου, με ἀποτέλεσμα ὑπερβολικὴ ποσότης δεσμευμένης χολερυθρίνης, ἣτις σχηματίζεται ἀπὸ τὸ δικτυοενδοθηλιακὸν σύστημα. Λόγω τῆς ὑπερχολερυθριναιμίας ταύτης ἔχομεν ἰκτέρον. Ἐφ' ὅσον ὁμως ἡ χολερυθρῖνη αὕτη εὐρίσκεται ὑπὸ μορφήν δεσμευμένης χολερυθρίνης καὶ ἐφ' ὅσον τὸ μόριον αὐτὸ τοῦ λευκάματος εἶναι πολὺ βαρὺ ἵνα διέλθη διὰ τῶν νεφρῶν, τὰ οὖρα δὲν ἀποκτοῦν τὸ χρῶμα ἐκεῖνο, τὸ ὁποῖον θ' ἀνέμενε τις εἰς ἕνα ἰκτεριὰκὸν (ἀχολουρικός ἰκτέρος). Τοιοῦτοτρόπως θὰ μεταφέρεται μεγάλῃ ποσότης χολερυθρίνης εἰς τὸ ἥπαρ, θ' ἀπεκρίνεται καὶ εἰς τὸ ἔντερον μεγαλύτερα ποσότης, ὅπου καὶ θὰ σχηματίζεται περισσότερον κοπροχολινογόνον, τὸ ὁποῖον θ' ἀποβάλλεται διὰ τῶν κοπράνων, ἔκ τούτου τὸ ἥπαρ ἐπ' ἀνέρχεται εἰς τὸ ἥπαρ. Ἐκ τούτου τὸ ἥπαρ θὰ μετατρέπη ὀσιν δύναται μεγαλύτεραν ποσότητα εἰς χολερυθρίνην,

ἐνῶ τὸ ὑπόλοιπον θὰ ἀποβάλλεται διὰ τῶν οὔρων, μὲ ἀποτέλεσμα ἠύξημένην οὔροχολινουρίαν. Ἡ Ehrlich θὰ εἶναι ἐντόνως θετική, ἐνῶ αἱ δοκιμασίαι τῆς ἥπατικῆς λειτουργίας (Hanger κ. τ. λ.) θὰ εἶναι ἀρνητικά. Ἡ v. d. Berghe ἐνέχει σχετικὴν διαγνωστικὴν σημασίαν, ἐφ' ὅσον ἕνας προηπατικός ἴκτερος θὰ δώσῃ ἔμμεσον ἀντίδρασιν θετικὴν καὶ ἄμεσον ἀρνητικὴν. Εἰς τὴν ἐπίκτητον ἐξ ἄλλου μορφήν θ' ἀναζητήσωμεν μίαν θετικὴν δοκιμασίαν κατὰ Coombs.

Ἄλλα παραδείγματα προηπατικῶν ἰκτέρων εἶναι ὁ ἴκτερος τῶν νεογνῶν καὶ ὁ ὑπερσπληνισμός. Εἰς τὸν πρῶτον καταστρέφονται πάρα πολλὰ ἐρυθρὰ αἰμοσφαίρια, ἐνῶ εἰς τὸν δεῦτερον ὑπάρχει ὑπερλειτουργία τοῦ σπληνός.

β) Ἐνδοηπατικός ἴκτερος: Ἡ βλάβη εὐρίσκεται ἐντὸς τοῦ ἥπατος. Βεβαίως δὲν προσβάλλεται εὐθύς ἐξ ἀρχῆς ὁλόκληρον τὸ παρέγχυμα, ὁπότε θὰ εἶχομεν καὶ ἄμεσον θάνατον. Οἰαδήποτε τοξίνην, χημικὴ ἢ μικροβιακὴ, ἢ ἄλλοι μικροοργανισμοί, δύνανται νὰ καταστρέψουν τὸν ἥπαρ, ὥστε ν' ἀλλοιωθοῦν μίᾳ ἢ περισσότεροι ἐκ τῶν λειτουργιῶν του. Ὡς τυπικὰ παραδείγματα δύνανται ν' ἀναφερθοῦν ἀπὸ τοῦ ἀπλοῦ καταρροϊκοῦ ἰκτέρου μέχρι καὶ τῆς ὀξείας κιτρίνης ἀτροφίας.

Ὅταν προσβληθῇ τὸ ἥπαρ, μίᾳ ἢ πολλαῖς ἐκ τῶν ἥπατικῶν δοκιμασιῶν δεικνύουν δυσλειτουργίαν τοῦ ὄργανου τούτου. Ἡ ἀντίδρασις κατὰ Hanger κλπ. εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς εἶναι θετικὴ.

γ) Μεταηπατικός ἴκτερος: Ὅταν ὁ ἴκτερος εἶναι ἀποτέλεσμα ἑνὸς μεταηπατικοῦ αἰτίου, αἱ πρό—καὶ ἐνδοηπατικαὶ λειτουργίαι εἶναι φυσιολογικαί. Κυριώτερα αἷτια εἶναι ὁ λίθος τοῦ κοινοῦ χοληδόχου πόρου, ἐπίσης ὁ καρκίνος τοῦ κοινοῦ χοληδόχου πόρου ἢ τῶν ἥπατικῶν πόρων, ὁ καρκίνος τῆς κεφαλῆς τοῦ παγκρέατος, ὡς καὶ αἱ μεταστάσεις εἰς τὴν πύλην τοῦ ἥπατος.

Ἡ λόγῳ ἀποφράξεως παρεμπόδισις τῆς ροῆς τῆς χολῆς ἐντὸς τοῦ ἐντέρου εἶναι ἀτελής ἢ τελεία. Ἐὰν εἶναι ἀτελής, τότε ποσότης τις χολερυθρίνης φθάνει εἰς τὸ ἔντερον, ὅπου καὶ μετατρέπεται εἰς κοπροχολινογόνον. Ἐφ' ὅσον ἡ βλάβη δὲν εἶναι ἐνδοηπατικὴ, τὸ κοπροχολινογόνον αὐτὸ τὸ ὅποιον ἐπιστρέφει εἰς τὸ ἥπαρ μετατρέπεται ἐκ νέου εἰς χολερυθρίνην. Ἐὰν ἐξ ἄλλου ἢ ἀπόφραξις εἶναι πλήρης, τότε δὲν εἰσέρχεται χολερυθρίνη ἐντὸς τοῦ ἐντέρου, δὲν σχηματίζεται κοπροχολινογόνον καὶ ἡ ἀντίδρασις τῆς ἀλδεϋδης θὰ εἶναι ἀρνητικὴ. Αἱ δοκιμασίαι τῆς ἥπατικῆς λειτουργίας εἶναι φυσιολογικαί, ἐκτὸς ἐὰν ὁ ἴκτερος παραταθῇ πέραν τοῦ μηνός, προσλάβῃ βαρεῖαν μορφήν καὶ δημιουργηθῇ βλάβη τοῦ παρεγχύματος.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ ΤΩΝ ΙΚΤΕΡΩΝ

Τὰ αίτια ενός ίκτέρου εἶναι ποικίλα. Ἐκ τῆς αίτιολογικῆς δια-
γνώσεως, δηλαδή ἐκ τῆς ἀνευρέσεως τοῦ προκαλέσαντος τὸν ίκτερον
αίτιου, θὰ ἐξαρτηθῆ καὶ ἡ θεραπευτικὴ ἀγωγή. Μία ἐσφαλμένη διά-
γνωση θὰ ὀδηγήσῃ εἰς ἐσφαλμένην θεραπείαν, μὲ βαρυτάτας καὶ
συχνὰ μοιραίας συνεπειάς διὰ τὸν ἄρρωστον.

Ἐνώπιον ενός ίκτέρου θὰ πρέπει ν' ἀποφανθῶμεν, ἐάν οὗτος
εἶναι ἡπατογενής, δηλαδή ἐάν ὀφείλεται εἰς αίτιον τοξικόν,
λοιμῶδες κ.λ.π., ἢ ἐάν οὗτος εἶναι χειρουργικός, δηλαδή ἐάν
ὀφείλεται εἰς ἀπόφραξιν τῆς κυρίας χοληφόρου ὁδοῦ, λόγω π.χ. καρ-
δίου, λίθου κ.λ.π. Καὶ τοῦτο διότι, εἰς περίπτωσιν ἡπατοκυτταρικοῦ
ίκτέρου, ἀπαγορεύεται κάθε χειρουργικὴ ἐπέμβασις, ὡς δυναμένη νὰ
ἐπιφέρῃ καὶ αὐτὸν τὸν θάνατον. Εἰς τὴν δευτέραν ὅμως περίπτωσιν
ἐπιβάλλεται ἡ χειρουργικὴ ἐπέμβασις, μὲ ἀντικειμενικὸν σκοπὸν τὴν
ἄρσιν τοῦ ἐμποδίου.

Δεδομένου ὅτι, χάρις εἰς ἴδια καὶ χαρακτηριστικὰ σημεῖα, ὁ
αἰμολυτικός ίκτερος σπανίως παρουσιάζει διαγνωστικὰς δυσχερείας,
ὁ κύριος σκοπὸς μας, ἐν τῇ καθημερινῇ πράξει, θ' ἀποβλέπη εἰς τὸν
διαχωρισμὸν τῶν «ίατρικῶν» ίκτέρων ἀπὸ τῶν «χειρουργικῶν». Πρὸς
τοῦτο ἔχομεν εἰς τὴν διάθεσίν μας διάφορα στοιχεῖα καὶ κυρίως τὴν
κλινικὴν εἰκόνα, τὰς διαφόρους βιολογικὰς ἐργαστη-
ριακὰς ἐξετάσεις, τὴν διὰ τῆς βιοψίας τοῦ ἥπατος ἐπιτυχανομένην
ιστολογικὴν εἰκόνα, καὶ τέλος, ὡσάκις τοῦτο καθίσταται ἀπα-
ραίτητον, τὴν χειρουργικὴν ἔρευναν μετὰ τῆς ὁποίας, ἐν
Γαλλίᾳ, συνδυάζουν τὴν ἀκτινομανομετρίαν.

Ἡ πληθώρα τῶν ἐργαστηριακῶν μέσων καὶ ἐξετάσεων τῶν τελευ-
ταίων ἐτῶν ἔχει ἀποτρέψει τοὺς ἰατροὺς ἀπὸ μίαν λεπτομερῆ κλι-
νικὴν ἔρευναν, τὴν διαγνωστικὴν ἀξίαν τῆς ὁποίας θ' ἀντιληφθῶμεν
εὐθὺς ἀμέσως. Αἱ διαφοροί, ἐξ ἄλλου, βιολογικαὶ ἐξετάσεις, ὑπὲρ τὸ
δέον πολλὰ εἰς ἀριθμὸν, πολλακίς ἀλληλοσυγκρούονται καὶ συχνὰ
δὲν ἐρμηνεύουν τὸ πραγματικὸν αίτιον τοῦ ίκτέρου. Ἡ ιστολογικὴ
ἐξέτασις προϋποθέτει παρακέντησιν καὶ βιοψίαν τοῦ ἥπατος, ἐνίοτε
ἐπικίνδυνον, χωρὶς καὶ νὰ δίδῃ ὀριστικὴν λύσιν εἰς τὸ πρόβλημα τῶν
ίκτέρων. Τέλος ἡ χειρουργικὴ ἔρευνα θ' ἀναληφθῆ κατόπιν συγκε-
κριμένων ἐνδείξεων, θὰ πρέπει ἐπομένως νὰ ἔχη ἤδη τεθῆ ἡ διάγνωσις,

Ἡ κλινικὴ ἔρευνα διὰ τὴν διαφορικὴν διάγνωσιν τῶν ίκτέρων
ὑπερτερεῖ ὄλων τῶν ἄλλων μέσων. Χάρις εἰς τὴν λήψιν ἐνός λεπτο-
μεροῦς ιστορικοῦ, χάρις εἰς τὴν προσεκτικὴν κλινικὴν ἐξέτασιν τοῦ
ἄρρωστου, δυνάμεθα νὰ θεσώμεν, ἄνευ ἐργαστηριακῶν μέσων, ἀκρι-

βη διάγνωσιν εἰς τὰ 80% τῶν περιπτώσεων. Διὰ δὲ τὸν Caroli, ἡ κλινικὴ ἔρευνα ὑπερτερεῖ οἰασδῆποτε ἐργαστηριακῆς τόσον, ὥστε, προκειμένου νὰ στερηθῇ τις μιᾶς ἐξ αὐτῶν, εἶναι προτιμότερον νὰ στερηθῇ τῆς ἐργαστηριακῆς τοιαύτης. Βεβαίως ὑπάρχουν καὶ περιπτώσεις κατὰ τὰς ὁποίας τὸ ἐργαστήριον εἶναι πλέον ἢ ἀπαραίτητον. Ὁ συνδυασμὸς ἐπομένως τῆς κλινικῆς ἐξετάσεως, κυρίως, καὶ τῶν ἐργαστηριακῶν δεδομένων, θὰ πρέπη εἰς τὴν μεγάλην πλειονότητα τῶν ἰκτέρων ν' ἀνευρίσκη τὸ αἰτιὸν των. Ὅταν ὁμως, ὅπως θὰ ἴδωμεν, κλινικὴ καὶ ἐργαστήριον διαφωνοῦν, ἡ πρώτη ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον δίδει τὴν ὀρθὴν λύσιν ἢ αἱ ἀπαντήσεις τοῦ ἐργαστηρίου.

Τὸ θέμα ἐπομένως τοῦ παρόντος κεφαλαίου θὰ εἶναι ἡ ἀνάπτυξις ἐκείνων τῶν κλινικῶν συμπτωμάτων, τὰ ὁποῖα ἐπιτρέπουν τὴν διαφορικὴν διάγνωσιν. Πολλὰ τούτων εἶναι συμπτώματα κοινὰ ὄλων τῶν ἰκτέρων—ὁ πόνος, ὁ πυρετός κ.λ.π. Ἐὰν ταῦτα δὲν ἐξετάσθω ἰσχυρῶς, δὲν θὰ μᾶς χρησιμεύσουν διὰ τὴν διάγνωσιν, δεδομένου ὅτι καὶ οἱ πόνοι καὶ ὁ πυρετός ἀνευρίσκονται εἰς ἰκτερον ἐκ καρκίνου καὶ εἰς ἰκτερον ἐκ λιθιάσεως. Εἰς περίπτωσιν ἰκτέρου δὲν ἔχει καὶ τόσῃν σημασίαν ἡ παρουσία ἢ ἡ ἀπουσία ἑνὸς συμπτώματος, ἐνέχει ὁμως μεγίστην τοιαύτην ἢ χρονικὴ ἐξέλιξις τῶν συμπτωμάτων τούτων.

Ὁ χρόνος ἐμφάνισεως τούτων, ἀπὸ διαγνωστικῆς ἀπόψεως, ἀξίζει πολὺ περισσότερον ἀπὸ τὸν συνδυασμὸν των. Διὰ τοῦτο θὰ λαμβάνεται ὑπ' ὄψιν τὸ πραγματικὸν ὥραριον, ὅσον ἀφορᾷ τὴν διαδοχικὴν ἐμφάνισιν τῶν κλινικῶν ἐκδηλώσεων τῆς νόσου. Τὰ λειτουργικά σημεῖα, γενικῶς, ἔχουν διαγνωστικὴν ἀξίαν, ἐφ' ὅσον προηγοῦνται ἐλάχιστα τῆς ἐμφάνισεως τοῦ ἰκτέρου.

Τὰ εἰς τὸ ἀπομεμακρυσμένον ἀναμνηστικὸν τοῦ ἀρρώστου ἀναφερόμενα συμπτώματα δυνατὸν νὰ ὀδηγήσουν εἰς διαγνωστικὰ σφάλματα, ὅπως καὶ τὰ συμπτώματα ἐκεῖνα, τὰ ὁποῖα εἶπονται τῆς ἐμφάνισεως τοῦ ἰκτέρου. Θὰ ἐρευνήσωμεν ἐπομένως τὰ συμπτώματα ἐκεῖνα, τὰ ὁποῖα ἐξεδηλώθησαν τὴν ἡμέραν, τὰς ὀλίγας ὥρας, πρὸ τῆς ἐμφάνισεως τοῦ ἰκτέρου. Ἡ κλινικὴ διάγνωσις θὰ βασισθῇ ἐπὶ ἐλαχίστων συμπτωμάτων καὶ ἐπὶ τῶν αὐτῶν σχεδὸν δι' ὄλους τοὺς ἰκτέρους. Σημασίαν ὁμως ἔχει ἡ σειρά μὲ τὴν ὁποίαν ἐνεφανίσθησαν ταῦτα. Μεταθέτοντες χρονολογικῶς τὰ ὀλίγα αὐτὰ κλινικὰ συμπτώματα ἑνὸς ἰκτέρου καταλήγομεν εἰς ποικίλας διαγνώσεις, ὅπως μεταθέτοντες τοὺς φθόγγους τῆς μουσικῆς κλίμακος συνθέτομεν ποικίλας μελωδίας. Οὕτω καὶ μόνον θὰ θέσωμεν ὀρθὰς κλινικὰς διαγνώσεις. Παραμένει μολαταῦτα ποσοστὸν τι ἰκτέρων, οἱ

συνηγοροῦν ὑπὲρ τῆς λιθιάσεως. Ἐάν π. χ. κατὰ τὴν διαδρομὴν ἑνὸς ἰκτέρου, ὅστις κλινικῶς ἔχει τοὺς χαρακτήρας τοῦ ἥπατοκυτταρικοῦ, ἐκδηλωθοῦν πόνοι ὀξεῖς ὑπὸ τύπον κωλικῶ, ἐπ' οὐδενὶ λόγῳ πρέπει νὰ μεταβάλωμεν τὴν διάγνωσιν καὶ ἐπομένως καὶ τὴν θεραπευτικὴν ἀγωγὴν. Θὰ ἔχωμεν εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς συχνά τὴν ἐσφαλμένην εἰκόνα ἑνὸς χολαγγειακοῦ ἰκτέρου ἐπιβάλλοντος τὴν ἐπέμβασιν.

Αἱ ἐπώδυνοι ὁμῶς αὗται κρίσεις ἀπαντῶνται συχνά καὶ κατὰ τὰς ἰκτερογόνους ἥπατίτιδας, τὰς ἐξελισσομένας πρὸς τὴν ὀξείαν ἀτροφίαν τοῦ ἥπατος, ὅπως καὶ κατὰ τὴν κίρρωσιν τύπου Mossé—Maillory—Marchand, καὶ ὀφείλονται συνήθως εἰς δευτεροπαθὴ προσβολὴν τοῦ περιτοναίου, ἥτις προηγείται τῆς ἐξελίξεως πρὸς τὴν τελικὴν ἥπατικὴν ἀνεπάρκειαν.

Ὅχι μόνον τὸ ὥραριον τῶν πόνων, ἀλλὰ καὶ οἱ χαρακτήρες τούτων ἐνέχουν σημασίαν. Οἱ κατὰ ὀλίγας ὥρας προηγούμενοι τοῦ ἰκτέρου ὀξεῖς πόνοι συνηγοροῦν, ὅπως εἶδομεν, ὑπὲρ ἑνὸς ἐμποδίου λόγῳ λιθιάσεως ἢ ψευδολιθιάσεως (παγκρεατίτις, φλεγμονὴ τοῦ χοληδόχου πόρου κ. λ. π.). Ἀλλὰ καὶ οἱ πόνοι μικρᾶς ἐντάσεως, τοὺς ὁποίους συνήθως δὲν ἀναφέρουν οἱ ἄρρωστοι, ἔχουν μεγίστην διαγνωστικὴν ἀξίαν, ὅταν προηγούνται ὀλίγας ὥρας τῆς ἐμφανίσεως τοῦ ἰκτέρου, θεωροῦνται δὲ ὡς σῆμα—σύμπτωμα, ἰδίως εἰς τοὺς ἀρρώστους ἐκεῖνους, οἵτινες ἀναφέρουν εἰς τὸ ἀναμνηστικόν των γνησίους κωλικούς τοῦ ἥπατος. Ἐάν οἱ μικρᾶς ἐντάσεως προϊκτερικοὶ οὔτοι πόνοι ὁμοιάζουν ἀκριβῶς μὲ τὴν εἰσβολὴν τῶν παλαιῶν ἐντόνων, ἔχουν τὴν αὐτὴν διαγνωστικὴν ἀξίαν οἷαν καὶ ὁ κωλικὸς τοῦ ἥπατος. Ἐρμηνεύουν τὴν πρώτην ἐνόχλησιν τοῦ ἀρρώστου τὴν ὀφειλομένην εἰς διάτασιν τῶν χοληφόρων ὁδῶν. Ποικίλλουν ἀπὸ ἀρρώστου εἰς ἄρρωστον, εἶναι ὁμῶς πανομοιότυποι εἰς κάθε κρίσιν τοῦ αὐτοῦ ἀρρώστου.

Ἐπὶ τούτων ὑπάρχουν ἐπίσης πόνοι παρα—ἰκτερικοί, ὑποδυόμενοι μίαν νευραλγίαν. Πρόκειται περὶ σωματικῶν καὶ οὐχὶ σπλαγχνικῶν πόνων, οἵτινες προηγούνται κατὰ πολὺ τῆς ἐμφανίσεως τοῦ ἰκτέρου, ἐπιμένουν καὶ μετὰ τὴν ἐκδήλωσίν του, δὲν ἔχουν τὸν παροξυντικὸν χαρακτήρα τοῦ κωλικῶ, εἶναι ὁμῶς πλέον συνεχεῖς καὶ πλέον παρατεταμένοι τῶν γνησίων κωλικῶν τοῦ ἥπατος. Αἱ νευραλγίαι αὗται ἐντοπίζονται ὀπισθεν πρὸς τὴν ὀσφυονωτιαίαν χώραν, ὑποδυόμεναι ἕνα λίαν ἐπώδυνον ρευματισμόν. Ἐπηρεάζονται ἐλάχιστα ἀπὸ τὰ διάφορα ὀπιοῦχα παρασκευάσματα, τὴν μορφίνην, τὸ νιτρῶδες ἀμόλιον. Ἐπηρεάζονται ὁμῶς σαφῶς ἀπὸ τὸ ἰτευλικόν νάτριον καὶ τὴν ἀσπιρίνην. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς πρόκειται, ὡς ἐπὶ τὸ

πλειστον, περί έκτεταμένου νεοπλάσματος τῆς χοληδόχου κύστεως ἢ τοῦ παγκρέατος. Κάθε ἰκτερικός μέ άτύπους πόνους, τύπου νευραλγίας, άνακουφιζόμενος μέ τήν λήψιν άσπιρίνης, δέον νά θεωρηται ώς έξαιρετικώς ὑποπτως διά καρκίνον τῆς χοληδόχου κύστεως ἢ τοῦ παγκρέατος.

β) Ἐμπύρετοι ἰκτεροί: Ὅτι ἐλέχθη διά τάς σχέσεις μεταξύ πόνου καί χρονικῆς έκδηλώσεως τοῦ ἰκτέρου, ἰσχύει καί διά τόν πυρετόν. Διά τήν διαφορικήν διάγνωσιν ἐνός άποφρακτικοῦ ἰκτέρου σημασίαν ἔχει ὁ πυρετός ἐκεῖνος, ὅστις προηγείται ἐλάχιστα τῆς ἐμφανίσεως τοῦ ἰκτέρου :

— Δυνατόν νά πρόκειται περί ψευδογριππώδους συνδρόμου κατά τό μάλλον ἢ ἥττον παρατεταμένου. Τοῦτο άρκει διά τήν διάγνωσιν ἐνός ἡπατοκυτταρικοῦ ἰκτέρου, συγχνόνως δέ άπαγορεύει κάθε χειρουργικήν ἐπέμβασιν, οίαδήποτε καί άν εἶναι ἡ μελλοντική κλινική ἢ βιολογική εξέλιξις τοῦ οὔτω πως έκδηλωθέντος ἰκτέρου.

— Δυνατόν νά ἔχωμεν χολαγγειακὰς κρίσεις. Εἰς τὰς περιπτώσεις ὅμως αὐτάς, διά τήν διάγνωσιν, θ' άπαιτήσωμεν πυρετόν 40°, συνοδευόμενον άπό ἔντονον, ἔλνοσιακόν οὔτως εἰπεῖν, ρίγος μέ τρισμὸν τῶν ὀδόντων. Ὅταν ἡ κλινική αὔτη εἰκὼν ἐμφανισθῇ τήν παραμονὴν άκριβῶς τῆς έκδηλώσεως τοῦ ἰκτέρου, συνηγορεῖ ὑπέρ τῆς διαγνώσεως λίθου τοῦ χοληδόχου πόρου. Εἰς τὰς γνησίας χολαγγειακάς μορφάς τῆς λιθιάσεως δέν συνυπάρχουν τὰς πόνοι, ὁ δέ ἰκτερος σπανίως εἶναι ἔντονος άμα τῇ εἰσβολῇ του. Ἀρχικῶς πρόκειται περί βιολογικοῦ ἰκτέρου άποκαλυπτομένου χάρις εἰς τήν ὑπαρξιν χολερυθρινουρίας. Ἀργότερον αἱ κρίσεις αὐται ἔπανατην ὑπαρξιν χολερυθρινουρίας. Ἀργότερον αἱ κρίσεις αὐται ἔπανατην ὑπαρξιν χολερυθρινουρίας. Ἀργότερον αἱ κρίσεις αὐται ἔπανατην ὑπαρξιν χολερυθρινουρίας. Ἐάν ὅμως λαμβάνονται καί ἐμφανίζεται ὑπικτερος ἢ σαφῆς ἰκτερος. Ἐάν ὅμως ὁ ἰκτερος ἔχη ἔγκατασταθῇ σιωπηρῶς καί προοδευτικῶς, ἡ κατόπιν ὁ ἰκτερος ἔχη ἔγκατασταθῇ σιωπηρῶς καί προοδευτικῶς, ἡ κατόπιν τοῦτου έκδήλωσις χολαγγειακῶν φαινομένων μετά ρίγους καί πυρετοῦ συνηγορεῖ πολὺ περισσότερον ὑπέρ μιᾶς άποφράξεως ἐκ τοῦ καρκίνου, ἰδίως τοῦ Φατερείου φύματος, ἐπιμολυνθέντος ἢ ὑπέρ λίθου μερικῶς άποφράσσοντος τόν διατεταμένον χοληδόχον πόρον. Ἡ μετα—ἰκτερική, ἐπομένως, χολαγγεΐτις δέν άποτελεῖ σύμπτωμα τῆς λιθιάσεως τοῦ χοληδόχου πόρου.

Μικρά πυρετική κίνησις μέ διακυμάνσεις κατά τό 24ωρον μῆ ὑπερβαίνουσας τοὺς 38°—38,5°, αἵτινες ἐμφανίζονται συγχρόνως μέ τόν ἰκτερον, τόν ὁποῖον καί συνοδεοῦσιν καθ' ὅλην τήν διαδρομὴν του, συνηγοροῦν περισσότερον ὑπέρ μιᾶς ἰκτερογόνου ἡπατίτι-

δ ο ς δυναμένης νά ἐξελιχθῆ μέχρι κιρρώσεως τύπου Hanot, παρά ὑπέρ μηχανικῆς ἀποφράξεως τῶν χοληφόρων ὁδῶν.

γ) **Ψευδολιθιασικοὶ ἱκτεροί.** Εἶδομεν, ὅτι ἐμφάνισις γνησίων ἢ μικτῶν μετὰ χολαγγειίτιδος πόνων τὴν παραμονὴν τῆς ἐκδηλώσεως ἑνὸς ἱκτέρου, συνηγορεῖ ὑπὲρ τοῦ λίθου τοῦ χοληδόχου πόρου. Τοῦτο ἀληθεύει εἰς τὰς πλείστας τῶν περιπτώσεων (70-75%). Θὰ πρέπη ὅμως νά διαχωρίσωμεν τὸν ἱκτερον ἐκ λιθιάσεως ἀπὸ ἱκτέρους ὀφειλομένους εἰς τὰ ἐξῆς ἄλλα αἰτία:

— Ξένα σώματα τοῦ κοινοῦ χοληδόχου πόρου, ὅπως παράσιτα, ἀσκαρίδες, θυγατέρες κύστεως ἐχινοκόκκου, κ.ο.κ.

— Φλεγμονὴν τῆς θηλῆς ἢ τοῦ χοληδόχου πόρου λόγῳ λιθιάσεως τῆς χοληδόχου κύστεως ἢ καὶ ἄνευ αὐτῆς, μετὰ ἢ ἄνευ χρονίας παγκρεατίτιδος.

— Εἰς μικρὸν ποσοστὸν ὁ καρκίνος τοῦ Φατερείου φύματος ἐκδηλοῦται κλινικῶς ἀκριβῶς ὅπως καὶ ὁ λίθος τοῦ χοληδόχου πόρου.

Εἰς ὅλας ὅμως αὐτὰς τὰς περιπτώσεις ψευδολιθιασικοῦ ἱκτέρου ἐπιβάλλεται διὰ τὴν ἀσφαλῆ διάγνωσιν ἡ ἀκτινοχειρουργικὴ ἔρευνα.

δ) **Τὸ προϊκτερικὸν σύμπλεγμα ἢ μικρανία— ρευματισμὸς — κνίδωσις.** Ὅταν τῆς ἐμφάνισεως ἑνὸς ἱκτέρου δὲν ἔχουν προηγηθῆ πόνοι καὶ πυρετός, ἡ διάγνωσις καθίσταται διστακτικὴ. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς προβάλλει ἡ πιθανότης ἑνὸς ἀσυμπτωματοῦ ἱκτέρου ὀφειλομένου, ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον, εἰς νεόπλασμα τῶν χοληφόρων ὁδῶν, μετὰ πρῶτην κλινικὴν ἐκδήλωσιν ἱκτερον ὑπὸ μορφήν παρατεινομένου καταρροϊκοῦ.

Πολλάκις ὅμως ἡ ἔλλειψις αὕτη προϊκτερικῶν συμπτωμάτων εἶναι φαινομενικὴ. Μία ἐπιμελὴς κλινικὴ ἔρευνα ἀποκαλύπτει συχνάκις, ὅτι προὔπηρχεν ἔν ἐκ τῶν στοιχείων τοῦ ἄνω συμπλέγματος. Ἐκ πρῶτης ὄψεως δὲν εἶναι καταφανές, ὅτι ταῦτα ἔχουν σχέσιν μετὰ τὴν μετέπειτα ἐμφάνισιν τοῦ ἱκτέρου. Λόγῳ ὅμως τῆς μεγίστης διαγνωστικῆς ἀξίας των πρέπει ν' ἀναζητῶνται μετὰ πάσης σχολαστικότητος.

Ἐάν ὀλίγας ἡμέρας ἢ ἔστω μίαν ἢ καὶ δύο ἐβδομάδας πρὸ τῆς ἐμφάνισεως τοῦ ἱκτέρου ὁ ἄρρωστος παρεπονέθη δι' ἀσυνήθη κεφαλαιαλγίαν, ἢ παρουσίασε τυπικὸν ρευματισμὸν τῶν ἄρθρων, εἴτε ἐκδηλον κνίδωσιν, δυνάμεθα νά βεβαιώσωμεν, ὅτι πρόκειται περὶ ἡπατοκυτταρικοῦ ἱκτέρου, ἀκόμη καὶ ὅταν ὄλαι αἰ ἐργαστηριακαὶ ἐξετάσεις συνηγοροῦν ὑπὲρ τῆς ἀντιθέτου ἀπόψεως.

Ἐπίσης καὶ ἕτερον σύμπτωμα, διαφόρου μὲν σημασίας, σημαντικῆς ὅμως διαγνωστικῆς ἀξίας: ὁ προϊκτερικὸς κνησμός ἀνευ κνιδώσεως. Ὁ κνησμός οὗτος δὲν ἐρμηνεύει μίαν ἡπατίτιδα, ἀλλὰ μηχανικὴν ἀποφραξίν τῶν χοληφόρων ὁδῶν, ὀφειλομένην ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον εἰς καρκίνον. Πρόκειται περὶ ἀρρώστων, οἱ ὅποιοι ἐπὶ ἑβδομάδας κυριολεκτικῶς ταλαιπωροῦνται ἀπὸ κνησμόν τόσον ἔντονον, ὥστε νὰ θεραπεύωνται διὰ ψώραν. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς θ' ἀνεύρωμεν ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον νεόπλασμα τοῦ Φατερείου φύματος ἢ τῶν ἡπατικῶν πόρων. Δέον ὅμως νὰ σημειωθῇ, ὅτι τὸ σύμπτωμα αὐτὸ ἔχει παρατηρηθῆ καὶ εἰς μηχανικὰς στενώσεις κηλοήθους αἰτιολογίας ἢ εἰς ἰνώδεις στενώσεις τοῦ πόρου.

Ἡ ἔντασις καὶ ἡ διάρκεια τοῦ ἰκτέρου θὰ ληφθοῦν ὑπ' ὄψιν διὰ τὴν διάγνωσιν. Εἰς τὸν λόγῳ λίθου ἀποφρακτικὸν ἰκτερον, οὔτε ἡ ἔντασις τοῦ εἶναι λίαν ἐκσεσημασμένη, ἀλλὰ οὔτε καὶ ἡ διάρκειά του παρατεταμένη. Ἡ μεγίστη ἔντασις σημειοῦται ταχέως, ἐντὸς ὀλίγων ἡμερῶν, ἵνα ἐλαττωθῇ ἐν συνεχείᾳ. Ὁ ἰκτερος παρουσιάζει ἀξομειώσεις, μὲ προοδευτικὴν ὅμως ὑποχώρησιν ἐντὸς 10 καὶ πλέον ἡμερῶν. Ἡ μακρὰ παράτασις ἐνός λιθιασικοῦ ἰκτέρου εἶναι μὲν ἀσυνήθης, οὐχὶ ὅμως καὶ ἀνύπαρκτος. Ὁ λίαν ἔντονος καὶ ἀνευ ἀξομειώσεων παρατεταμένος ἰκτερος δὲν ὀφείλεται συνήθως εἰς λίθον, ἀλλὰ περισσότερον εἰς καρκίνον τοῦ παγκρέατος ἢ εἰς ἡπατίτιδα βαρείας μορφῆς, ἐν συνδυασμῷ μετὰ ἐνδοηπατικῆς ἀποφράξεως. Ἐκ μόνης τῆς ἐντάσεως καὶ διαρκείας τοῦ ἰκτέρου, ἡ διαφορικὴ διάγνωσις εἶναι δυσχερῆς εἰς τὰς περιπτώσεις ταύτας.

Ὁ ἰκτερος ὁ ὀφειλόμενος εἰς ἡπατίτιδα, μὲ ἐνδοκυτταρικὴν βλάβην καὶ ἐκσεσημασμένην ἡπατικὴν δυσλειτουργίαν, σημειοῖ τὴν μεγίστην ἔντασιν τοῦ εἰς χρονικὸν διάστημα μιᾶς ἢ δύο ἑβδομάδων, διαρκεῖ ἐπὶ ἀνάλογον τοιοῦτον, καὶ ὑποχωρεῖ προοδευτικῶς ἀνευ ἀξομειώσεων.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΙΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Ἡ ἐξέτασις τοῦ ἀρρώστου θὰ ἔχη ὡς σκοπὸν τὴν διαπίστωσιν τῆς καταστάσεως τοῦ ἥπατος, σπληνός καὶ χοληδόχου κύστεως, συμβάλλουσα οὕτως σημαντικῶς εἰς τὴν διάγνωσιν.

Ἡ παρ: Ἡ διόγκωσις τοῦ εἶναι κοινὸν εὔρημα καὶ εἰς τὸν ἰκτερον ἐξ ἡπατίτιδος καὶ εἰς τὸν ἐξ ἀποφράξεως καὶ ἐπομένως δὲν ἀποτελεῖ διαφορικὸν σημεῖον. Ἐὰν κατὰ τὴν διαδρομὴν ἐνός παρατεταμένου καὶ κυρίως ἐντόνου ἰκτέρου, ἐμφανιζομένου ὡς ἀποφρακτι-

καὶ, διαπιστωθῆ, ὅτι τὸ ἥπαρ δὲν ἔχει διόγκωθῆ, πρόκειται ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον περὶ ἥπατοκυτταρικοῦ ἰκτέρου, ἔστω καὶ ἂν τὰ ἐργαστηριακὰ εὐρήματα συνηγοροῦν ὑπὲρ ἀντιθέτου ἀπόψεως. Ὁ κανὼν οὗτος δὲν εἶναι ἀπόλυτος, δεδομένου ὅτι τὸ ἥπαρ εἶναι φυσιολογικὸν εἰς τινὰς περιπτώσεις μηχανικῶν ἰκτέρων. Ἐπὶ πλέον οἱ Lieber καὶ Stewart ἀναφέρουν, ὅτι ἐπὶ 200 περιπτώσεων καρκίνων τῶν ἥπατικῶν πόρων ἀνεύθρον τὸ ἥπαρ φυσιολογικὸν εἰς δέκα (5%).

Εἰς μηχανικὸν ἰκτερον λόγῳ λίθου, μὲ ἀτελεῖ ὅμως ἀπόφραξιν, τὸ ἥπαρ δὲν διογκοῦται. Ἐὰν ὅμως ὁ λίθος ἐνοσφηνωθῆ ἐντὸς τῆς θηλῆς τοῦ Φατερείου φύματος, τότε, ἀπὸ τῆς μιᾶς ἡμέρας εἰς τὴν ἄλλην, ὁ ποτόμωσ, ἐμφανίζεται ἥπατομεγαλία ἐκ στάσεως, συν-οδευομένη ὑπὸ ἐπώδυνου συναισθήματος. Τὸ ἥπαρ τοῦτο εἶναι λίαν οδευομένη ὑπὸ ἐπώδυνου συναισθήματος. Τὸ ἥπαρ τοῦτο εἶναι λίαν οδευομένη ὑπὸ ἐπώδυνου συναισθήματος. Τὸ ἥπαρ τοῦτο εἶναι λίαν οδευομένη ὑπὸ ἐπώδυνου συναισθήματος. Ἐὰν λόγῳ ἐλευδιωκωμένον, λεῖον καὶ ἐπώδυνον, ὡς τὸ καρδιακόν. Ἐὰν λόγῳ ἐλευθερώσεως τοῦ λίθου ὑποχωρήσῃ ἢ ἀπόφραξις, τὸ ἥπαρ ἐλαττοῦται συγχρόνως εἰς μέγεθος. Εἰς τοὺς προοδευτικῶς ἐπίδεινουμενους ἰκτέρους, καὶ ἢ διόγκωσις τοῦ ἥπατος συντελεῖται βραδέως καὶ ἀνωδύτως μὲ χεῖλος σχετικῶς ὀξύ.

Οἰαδήποτε ὅμως καὶ ἂν εἶναι ἡ διάρκεια τῆς ἀποφράξεως, ἡ λύγῳ μηχανικῆς στάσεως διόγκωσις τοῦ ἥπατος δὲν θά συνεχισθῆ ἐπ' ἄπειρον. Συνήθως τὸ κάτω χεῖλος του ψηλαφᾶται περὶ τοὺς 4 δακτύλους κάτωθεν τῶν ψευδοπλευρῶν, εἴτε πρὸς τὸ δεξιὸν ὑποχόνδριον εἴτε πρὸς τὸ ἐπιγαστριον. Ἐὰν κατὰ τὴν διαδρομὴν ἐνός μηχανικοῦ ἰκτέρου τὸ μέγεθος τοῦ ἥπατος αὐξάνῃ συνεχῶς, θά πρέπη τότε νὰ ὑποπτευθῶμεν τὴν ὑπαρξιν ἐνδοηπατικοῦ νεοπλάσματος. Γενικῶς, ἂν τὸ κάτω χεῖλος τοῦ ἥπατος ὑπερβαίῃ προοδευτικῶς τὰ ὅρια τῆς ὀμφαλίου γραμμῆς, οἰαδήποτε καὶ ἂν εἶναι ἡ ἡλικία τοῦ ἀρρώστου, εἶναι ἀπίθανον μία τοιαύτη ἥπατομεγαλία νὰ δημιουργηθῆ ἀπὸ μηχανικὴν ἀπόφραξιν, ἄνευ νεοπλασματικῆς συμμετοχῆς.

Ἡ κατακράτησις χολῆς δὲν εἶναι ἀνάλογος μὲ τὴν ὑπερτροφίαν τοῦ ἥπατος. Τοῦτο παρατηρεῖται κυρίως εἰς περιπτώσεις ὑπερτροφικῆς κιρρώσεως, πρωτοπαθοῦς ἢ δευτεροπαθοῦς νεοπλάσματος τοῦ ἥπατος, ὡς καὶ εἰς ὕδατιδα κύστιν πιέζουσαν τὰς χοληφόρους ὁδοὺς.

Σπλήν: Διόγκωσις τούτου σπανίως παρατηρεῖται εἰς μηχανικοὺς ἰκτέρους λόγῳ λίθου τοῦ χοληδόχου πόρου. Ἐὰν ὅμως ὁ ἄρρωστος δὲν χειρουργηθῆ ἐγκαίρως καὶ ὁ ἰκτερος παρατείνεται, θά παρατηρήσωμεν τὰς ἄλλοτε συχνὰς, μεγαλοσπληνικὰς κιρρώσεις ἐξ ἀποφράξεως τοῦ χοληδόχου πόρου. Μεγαλοσπληνία δυνατόν ἐπίσης νὰ παρατηρηθῆ εἰς στενώσεις τῆς κυρίως χοληφόρου ὁδοῦ.

Πρακτικῶς ὅμως, ἡ πρωτῶως ἐμφανιζομένη διόγκωσις τοῦ σπλη-

νός παρατηρείται εις τὴν ἡπατίτιδα. Ἐάν ὁ ἵκτερος παρατείνεται, πρέπει νὰ φοβούμεθα ἐξέλιξιν πρὸς τὴν κίρρωσιν τύπου Hanot.

Χοληδόχος κύστις: Πολύτιμον διαγνωστικὸν σημεῖον ἀποτελεῖ ἡ ἀνεύρεσις ψηλαφητῆς χοληδόχου κύστεως κατὰ τὴν διαδρομὴν ἐνὸς ἀποφρακτικοῦ ἵκτερου. Ὁ νόμος αὐτὸς τῶν Courvoisier—Terrier ἰσχύει πάντοτε καὶ ἐξακολουθεῖ νὰ ἐρμηνεύῃ τὴν ὑπαρξιν καρκίνου τῆς κεφαλῆς τοῦ παγκρέατος, τοῦ Φατερείου φύματος ἢ τοῦ κοινοῦ χοληδόχου πόρου. Τὸ σημεῖον αὐτὸ ἐπομένως, ὅταν ἰδίως ἐμφανίζεται προοδευτικῶς, ἀθορύβως, συγχρόνως μὲ τὸν ἵκτερον, ἐπιβαρύνει τὴν πρόγνωσιν. Εἰς τὰς περιπτώσεις ὁμοῦς αὐτὰς καὶ ὁ κυστικὸς πόρος ἀποφράσσεται ταχύτατα, ἐφ' ὅσον ἀποφράσσεται ἡ κυρία ὁδὸς εἰς τὸ σημεῖον ἐνώσεως κυστικοῦ—χοληδόχου πόρου. Ἐν ταύτῃ περιπτώσει κάθε ἀπόπειρα ἀναστομώσεως χοληδόχου κύστεως καὶ δωδεκαδακτύλου, διὰ τὴν ἀνακούφισιν τοῦ ἀρρώστου, ἰδίως ἐκ τοῦ κνησμοῦ, ἀποβαίνει ματαία.

Εἰς περίπτωσιν καρκίνου τῆς κεφαλῆς τοῦ παγκρέατος, ἡ χοληδόχος κύστις διατείνεται πρῶτῶς, πρὸ τῆς ἐμφανίσεως τοῦ ἵκτερου. Τὸ μέγεθος τῶν τοιούτων χοληδόχων—εἰς καρκίνον τοῦ παγκρέατος καὶ τοῦ Φατερείου φύματος—δὲν εἶναι πάντοτε τὸ αὐτό, ἀλλ' ἐξαρτᾶται ἐκ τοῦ βαθμοῦ διατάσεως τῶν χοληφόρων ὁδῶν, ἧτις ποικίλλει ἀπὸ ἀτόμου εἰς ἄτομον. Οὕτως ἐξηγοῦνται αἱ διαφοραὶ διογκώσεως χοληδόχου κύστεως καὶ ἡπατος κατὰ τοὺς μηχανικοὺς ἵκτερούς, λόγῳ πιέσεως τοῦ κοινοῦ χοληδόχου πόρου.

Ὅταν ἡ χοληδόχος κύστις εἶναι μικρά, τὸ ἥπαρ ἐκ στάσεως εἶναι πλέον ηὔξημένον. Ὅταν, ἀντιθέτως, ἡ διάτασις τῆς χοληδόχου εἶναι μεγάλη, ἡ διογκώσις τοῦ ἡπατος εἶναι μικροτέρα.

**

Παρουσία μιᾶς μεγάλης χοληδόχου κύστεως, πρὶν ἢ θέσωμεν τὴν διάγνωσιν καρκίνου, ὀφείλομεν ν' ἀποκλείσωμεν :

— Τὸν ἀνώμαλον ἡπατικὸν λοβὸν τοῦ Riedel.

— Τὴν ὀξεῖαν διάτασιν τῆς χοληδόχου, τὴν ἐμφανιζομένην συγχρόνως μὲ τὸν ἵκτερον κατόπιν ἐντόνου πόνου καὶ ὀφειλομένην, ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον, εἰς ἀπόφραξιν τοῦ κυστικοῦ πόρου ὑπὸ λίθου, ὅστις λίθος πιέζων συγχρόνως καὶ τὸν χοληδόχον πόρον προκαλεῖ τὸν ἵκτερον.

— Μίαν λιθιασικὴν σκληρὸν-ὑπερτροφικὴν χοληδόχον.

— Μίαν καλοήγη βλάβην τῶν χοληφόρων πόρων.

Εἰς ὅλας τὰς περιπτώσεις αὐτὰς, ἡ χειρουργικὴ ἐρευνα ἐνδεί-

κνυται, ὡς ἀποκαλύπτουσα ὄχι μόνον τὸ αἷτιον, ἀλλὰ καὶ ὡς ἐπιφέρουσα τὴν ἴασιν εἰς τὰς καλοῦθεις περιπτώσεις.

Διαγνωστικὴν ἐπομένως σημασίαν καὶ ἐδῶ ἐνέχει ὁ χρόνος ἐμφάνισης τῆς διογκώσεως τῆς χοληδόχου κύστεως ἐν σχέσει μὲ τὴν ἐμφάνισιν τοῦ ἰκτέρου. Εἰς τοὺς λόγῳ καρκίνου ἀποφρακτικὸς ἰκτέρου, ἢ διογκώσις τῆς χοληδόχου ὑπάρχει πρὸ τῆς ἐμφάνισης τοῦ ἰκτέρου. Ἐάν, τούναντίον, κατὰ τὴν διαδρομὴν ἐνός ἰκτέρου διαπιστωθῇ ἐπανειλημμένως, ὅτι τὸ μέγεθος τῆς χοληδόχου κύστεως, εἶναι φυσιολογικὸν καὶ αἰφνιδίως, κατόπιν μιᾶς ἐπωδύνου κρίσεως, παρατηρηθῇ μεγάλη διογκώσις τῆς, τότε τὸ εὕρημα τοῦτο δὲν ἔχει πλέον τὴν αὐτὴν διαγνωστικὴν ἀξίαν.

* *

Ἡ ἐξέτασις ἐνός ἀρρώστου πάσχοντος ἐξ ἰκτέρου θὰ συμπληρωθῇ διὰ τῆς ἀναζητήσεως ὠρισμένων εἰσέτι στοιχείων :

— Ἡ ἡλικία θὰ ληφθῇ ὑπ' ὄψιν. Εἰς τὰ παιδιά, τοὺς ἐφήβους, τὸ κυριώτερον αἷτιον τοῦ ἰκτέρου εἶναι συνήθως μία ἡπατίτις. Ἐφ' ὅσον προχωροῦμεν εἰς ἡλικίαν προβάλλει ἡ λιθίασις καὶ ἐν συνεῶν χεῖρα ὁ καρκίνος. Ἡ σειρὰ ὅμως αὕτη δὲν εἶναι καὶ ἀπόλυτος, ἐφ' ὅσον καὶ εἰς νέα τὴν ἡλικίαν ἄτομα ἔχει παρατηρηθῇ ἰκτέρος λόγῳ καρκίνου. Τὰ τελευταῖα ἰδίως ἔτη ἔχει παρατηρηθῇ μέγας ἀριθμὸς ἡπατοκυτταρικῶν ἰκτέρων, εἰς λίαν ἡλικιωμένα ἄτομα, εἰς τὰ ὁποῖα συνήθως σκεπτόμεθα τὸν ἀποφρακτικὸν ἰκτέρον.

— Τὸ ἀτομικὸν ἀναμνηστικὸν τοῦ ἀρρώστου θὰ ἐρευνηθῇ ἐπιμελῶς. Ὁμιλήσαμεν ἤδη διὰ τὴν διαγνωστικὴν ἀξίαν τοῦ κωλικοῦ τοῦ ἡπατος, μετὰ ἢ ἄνευ ἰκτέρου, ὅστις ὑποδηλοῖ τὴν πιθανὴν ὑπαρξιν λίθου τοῦ χοληδόχου πόρου σήμερον, χωρὶς ὅμως καὶ ν' ἀποκλείη τὴν συνύπαρξιν καρκίνου. Θὰ λάβωμεν ὑπ' ὄψιν μίαν χειρουργικὴν ἐπέμβασιν γενομένην κατὰ τὴν χώραν ταύτην πρὸ ὀλίγων μηνῶν, δυναμένην νὰ προκαλέσῃ οὐλόγη στένωσιν τοῦ χοληδόχου πόρου. Μία προηγηθεῖσα μετὰ γγίσις αἵματος δυνατὸν νὰ εἶναι τὸ αἷτιον ἰκτέρου ἐξ ὁμολόγου ὄρου. Ὁρισμένα τοξικὰ φάρμακα δύνανται νὰ προκαλέσουν ἡπατίτιδα. Ὁ κατόπιν ἀντισυφιλιδικῆς θεραπείας (ἀρσενικόν, βικατόπιν ἀντισυφιλιδικῆς θεραπείας) ἐμφανιζόμενος ἰκτέρος ὀφείλεται συνήθως εἰς ἡπατίτιδα. Ἐπίσης, κάθε ἰκτέρος ἐμφανιζόμενος κατὰ τὴν διάρκειαν θεραπείας δι' ἀτοφάνης ὀφείλεται καὶ αὐτὸς πιθανώτατα εἰς ἡπατίτιδα, σοβαρᾶς συνήθως μορφῆς, μὲ πρόδρομα σημεῖα ἐντονον αἰσθημα καύσου ἢ βάρους παρὰ τὸ ἐπιγαστριον,

όποτε καί θά πρέπει νά διακοπῇ ἀμέσως ἡ χορήγησίς της. Τά συνθετικά ἀντιδυρεοειδικά φάρμακα δύνανται ἐπίσης νά προκαλέσουν τοξικούς ἰκτέρους.

Πρέπει ὅμως νά τονίσωμεν, ὅτι ἰκτεροὶ παρατηροῦνται ὄχι μόνον κατόπιν μεταγγίσεως αἵματος ἢ πλάσματος, ἀλλά καί κατόπιν οἰαοδῆποτε ἐνέσεως γενομένης διὰ σύριγγος ἀτελῶς ἀποστειρωθείσης. Ἐπομένως, κάθε ἄρρωστος ὑποβαλλόμενος εἰς συνεχῆ δι' ἐνέσεων θεραπείαν, εἰς λήψεις αἵματος κ.ο.κ. καί ὅστις μετὰ τι χρονικόν διάστημα ἐμφανίζει ἰκτερον, εἶναι ὑποπτος ὡς πάσχων ἐκ τοῦ λεγομένου ἰκτέρου τῶν συρίγγων.

Ἐν συμπεράσματι, ἡ κλινικὴ ἀρκεῖ ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον διὰ τὴν διαφορικὴν διάγνωσιν τῶν ἰκτέρων, ἰδίως τῶν ὀφειλομένων εἰς λιθίασιν, ὡς καί διὰ τὴν διάγνωσιν τῶν ἰκτέρων ἐκ καρκίνου τῆς κεφαλῆς τοῦ παγκρέατος ἢ τοῦ Φατερείου φύματος, χάρις εἰς τὴν λεπτομερῆ ἀνάλυσιν τοῦ χρόνου ἐμφανίσεως τοῦ πόνου ἢ τοῦ πυρετοῦ. Τὸ σύμπλεγμα, ἐξ ἄλλου, ἡμικρανία — ρευματισμός — κνίδωσις ἐπιτρέπει τὴν διάγνωσιν ἐνὸς ἡπατοκυτταρικοῦ ἰκτέρου.

Ἐπάρχει ὅμως καί ἐν ποσοστὸν ἰκτέρων, εἰς τοὺς ὁποίους κλινικὴ διάγνωσις δὲν εἶναι δυνατὴ, διότι ἀπουσιάζει τὸ προϊκτερικὸν στάδιον, καί εἰς τοὺς ὁποίους ὁ ἰκτερος ἐπιπλέκεται μὲ σημαντικὴν καί ἀνάλογον πρὸς τὴν κατακράτησιν τῶν στοιχείων τῆς χολῆς ἡπατομεγαλίαν. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς ὁ ἰκτερος δυνατὸν νά ὀφείλεται εἰς παρατεταμένην ἰκτερογόνον ἡπατίτιδα ἢ εἰς μηχανικὴν ἀπόφραξιν, ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον λόγῳ καρκίνου παρὰ τὴν πύλην τοῦ ἡπατος. Εἶναι οἱ λεγόμενοι «γυμνοὶ ἰκτεροὶ», ἄνευ προδρόμων σημείων. Ἡ κλινικὴ δὲν ἐπαρκεῖ διὰ τὴν διάγνωσιν τῶν καὶ ὀφειλομένων νά ζητήσωμεν ἐνίσχυσιν ἀπὸ τὸ ἐργαστήριον.

Εἰς ποίας βιολογικὰς ἐρεῦνας θά προβῶμεν καί ποία ἡ διαγνωστικὴ ἀξία αὐτῶν, θ' ἀποτελέσουν τὸ θέμα τοῦ ἐπομένου κεφαλαίου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ ΙΖ'

ΗΠΑΤΙΚΑΙ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΙ (1)

Ὑπὸ τὸν ὄρον «ἥπατικάι δοκιμασίαι» ἢ ἥπατικάι ἀντιδράσεις περιλαμβάνομεν τὰς μεθόδους ἐκείνας, χάρις εἰς τὰς ὁποίας ἀποκαλύπτομεν μίαν βλάβην τοῦ ἥπατος ἢ καταμετροῦμεν τὸν βαθμὸν τῆς ἀνωμαλίας μιᾶς ἰδιαιτέρας λειτουργίας τούτου.

Ὡς γνωστὸν, τὸ ἥπαρ εἶναι τὸ χημικὸν ἐργαστήριον τοῦ ὄργανισμοῦ καὶ ἐπιτελεῖ ὄλας τὰς λειτουργίας τῆς ἀνταλλαγῆς τῆς ὕλης διὰ τῶν λοβίων. Ἐκαστὸν λόβιον ἀναλαμβάνει ὄλας τὰς γνωστὰς διὰ τῶν λειτουργίας τοῦ ὄργανου καὶ ἐμφανίζεται, οὕτως εἶπειν, ὡς ἓν «μικροσκοπικὸν ἥπαρ» ἢ, ὅπως καλύτερον τὸ ἀποκαλοῦσι σήμερον, «ἥπατική μονάς» ἢ «ἥπατόνιον». Δεδομένου δέ, ὅτι ἡ λειτουργία τῶν λοβίων εἶναι ὁμοιόμορφος, ἡ βλάβη ἢ ἡ καταστροφή μερικῶν ἐξ αὐτῶν ἀναπληροῦται διὰ τῆς ὑπερλειτουργίας τῶν ὑγιῶν λοβίων καὶ ὡς ἐκ τούτου μικραὶ βλάβαι τοῦ παρεγχύματος δὲν εἶναι δυνατὸν νὰ ἐλεγχθῶσι διὰ τῶν ἥπατικῶν ἀντιδράσεων. Μόνον ὅταν ἡ βλάβη εἶναι ἐκτεταμένη καὶ δὲν ἀναπληροῦται ὑπὸ τῶν ὑγιῶν λοβίων, εἶναι δυνατὰ ἡπατικάι δοκιμασίαι δὲν σημαίνουν πάντοτε τὴν πλήρη ἀκεραιότητα τῶν ἥπατικῶν λοβίων, μία δὲ ἐλαφρὰ ἥπατική ἀνεπάρκεια διαφεύγει πάντοτε τὴν ἐργαστηριακὴν διαπίστωσιν.

Ἡ ἐκ παθήσεως τοῦ ἥπατος προκύπτουσα ἀνεπάρκεια ἐκδηλοῦται ἐργαστηριακῶς δι' ἀνωμαλίας μιᾶς ἢ συνήθως περισσοτέρων ἐκ τῶν λειτουργιῶν του. Ἄλλοτε φέρ' εἶπειν ἐκδηλοῦται δι' ἀνωμαλίας τῆς ἀνταλλαγῆς τῶν ὕδατανθράκων, ἄλλοτε τῶν λευκωμάτων ἢ τῶν λιπῶν κ.ο.κ., ἢ ἐκδηλοῦται δι' ἐνὸς συνδυασμοῦ τούτων. Ὡς ἐκ τούτου μία καὶ μόνη ἀντιδράσις δὲν εἶναι ἐπαρκής, ἵνα ἀποκαλύψῃ μίαν παρεγχυματικὴν βλάβην, ἀλλὰ χρειάζεται πάντοτε ἡ ταυτόχρονος ἐκτέλεσις διαφόρων ἀντιδράσεων, ἀναφερομένων εἰς διαφορετικὰς λειτουργίας τοῦ ἥπατος.

(1) Τῇ συνεργασίᾳ τοῦ Ἐπιμελητοῦ τῆς Κλινικῆς κ. Γ. Ι. Μιχαηλίδου.

Αί κυριώτεροι ἐνδείξεις διὰ τὴν ἐκτέλεσιν τῶν ἡπατικῶν δοκιμασιῶν εἶναι αἱ ἑξῆς:

1. Ἡ ἀποκάλυψις ἢ ἡ καταμέτρησις τῶν διαφόρων τύπων καὶ βαθμῶν τῆς ἡπατικῆς ἀνεπαρκείας.

2. Ὁ προσδιορισμὸς βλάβης τινὸς τοῦ παρεγχύματος, ἥτις παρέμεινε μετὰ τὴν ἀποδρομὴν μιᾶς ἡπατοπαθείας.

3. Ἡ διαφορικὴ διάγνωσις τῶν ἰκτέρων ἢ τῆς κιρρώσεως ἀπὸ τοῦ δευτεροπαθοῦς καρκίνου τοῦ ἥπατος ἢ τῆς πυλαιοφλεβίτιδος κ.λ.π.

4. Ἡ παρακολούθησις τῆς ἐξελίξεως μιᾶς ἡπατοπαθείας π.χ. συνεχῶς ἔντονοι δοκιμασίαι ἐπὶ κιρρώσεως ὑποδηλοῦν δυσμενῆ ἔκβασιν.

5. Ἡ προεγχειρητικὴ ἐκτίμησις τῶν κινδύνων τῆς ἐπεμβάσεως.

Μειονεκτήματα τῶν ἀντιδράσεων: Δι' οὐδὲν ἄλλο ὄργανον ἔχουν προταθῆ τόσαι πολλαὶ ἀντιδράσεις, ὅσαι διὰ τὸ ἥπαρ. Καὶ τοῦτο συμβαίνει, διότι ἐκάστη νέα μέθοδος παρουσιάζει τὰ μειονεκτήματά της εἴτε ἐξ ὑπαιτιότητος τῆς μεθόδου εἴτε ἐξ ὑπαιτιότητος τοῦ ἥπατος.

Καὶ ἐκ μέρους μὲν τοῦ ἥπατος προβάλλεται τοιαύτη ἐφεδρική ἱκανότης, ὥστε μόνον κατόπιν ἐκτεταμένης βλάβης ἐκδηλοῦται ἐργαστηριακῶς ἢ μείωσις τῶν λειτουργιῶν του. Ἐξ ἄλλου ἐκάστη λειτουργία δὲν εἶναι ἀποκλειστικῶς ἡπατικὴ, ἀλλὰ σχετίζεται δι' ἰδιαιτέρου μηχανισμοῦ καὶ μὲ ἄλλα ὄργανα. Ἐκ δὲ τῶν ἀντιδράσεων, οὐδεμία εἶναι ἀρκούντως εὐαίσθητος, καὶ τὸσον ἢ εὐαίσθησις ἐκάστης ποικίλλει, ὥστε ἄλλαι μὲν νὰ ἐμφανίζωνται θετικαὶ ἐνωρίτερον καὶ ἄλλαι ἀργότερον, χωρὶς νὰ ὑπολογίζωμεν ἐκ παραλλήλου τὰ σφάλματα, ἅτινα δυνατὸν νὰ προκύψουν ἐκ τεχνικῶν λόγων κατὰ τὴν ἐκτέλεσιν τούτων.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΙΣ ΤΩΝ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ

Τὰς ἡπατικὰς δοκιμασίας ταξινομοῦμεν βάσει τῆς λειτουργίας τοῦ ἥπατος, τὴν ὁποίαν ἐλέγχουν. Τὴν τακτικὴν αὐτὴν ἀκολουθοῦντες οἱ Bockus καὶ Lichtman ταξινομοῦν τὰς ἀντιδράσεις ὡς ἑξῆς:

1. Μέθοδοι βασιζόμεναι ἐπὶ τῆς ἐκκριτικῆς καὶ ἀπεκκριτικῆς λειτουργίας τοῦ ἥπατος εἰς ὅ,τι ἀφορᾷ τὰ φυσιολογικὰ συστατικὰ τοῦ ὄργανισμοῦ:

- α. Χολοχρωστικαὶ
- β. Χολικὰ ἄλατα
- γ. Χοληστερίνη

δ. Φωσφατάση

ε. Κρύσταλλοι λευκίνης και τυροσίνης ἐντὸς τῶν οὖρων κ.λ.π.

2. Μέθοδοι στηριζόμεναι ἐπὶ τῆς ἀπεκκριτικῆς ἰκανότητος τοῦ ἥπατος εἰς ὅ,τι ἀφορᾷ τὰς ξένας πρὸς τὸν ὄργανισμὸν οὐσίας:

α. Φαινολοτετραχλωροφθαλεΐνη

β. Βρωμοσουλφονοφθαλεΐνη

γ. Ἐρυθρὸν τῆς Βεγγάλης κ.λ.π.

3. Μέθοδοι στηριζόμεναι ἐπὶ τοῦ μεταβολισμοῦ τῶν ὑδαταν-
θράκων:

α. Γαλακτοζουρία

β. Γλυκοζουρία

γ. Λεβουλοζουρία κ.λ.π.

4. Μέθοδοι στηριζόμεναι ἐπὶ τοῦ μεταβολισμοῦ τῶν λευκω-
μάτων:

α. Ὀλικὸν λεύκωμα πλάσματος. Κλασματικὴ καὶ ἠλεκτρο-
φορητικὴ καμπύλη τῶν πρωτεϊνῶν. Σχέσις ὀρίνης — σφαιρίνης.

β. Κροκυδοαντιδράσεις:

Takata—Ara

Weltmann

Wunderly

Κολλοειδοῦς χρυσοῦ

Θυμὸλης $\left\{ \begin{array}{l} \text{Θολερότης} \\ \text{Κροκύδωσις} \end{array} \right.$

Κεφαλίνης—Χοληστερόλης

Βερονάλης

Ἄπεσταγμένου $\left\{ \begin{array}{l} \text{Θολερότης} \\ \text{Κροκύδωσις} \end{array} \right.$
ὑδατος

κ. λ. π.

5. Μέθοδοι στηριζόμεναι ἐπὶ τοῦ μεταβολισμοῦ τῶν λιπῶν:

α. Λιπαιμία (ὄλικὸν λίπος τοῦ αἵματος)

β. Ὀλικὴ χοληστερόλη. Ἐλευθέρη χοληστερόλη. Ἐστερο-
ποιηθεῖσα χοληστερόλη. Σχέσις ἐστεροποιηθείσης/ὄλικης.

6. Μέθοδοι στηριζόμεναι ἐπὶ τῆς ὀξειδωτικῆς, συνθετικῆς καὶ
ἀποτοξινωτικῆς λειτουργίας τοῦ ἥπατος:

α. Ὄξειδωσις τοῦ φαινυλοκιγχοניκοῦ ὀξέος (=ἀτοφάνης)

β. Σύνθεσις τοῦ ἱππουρικοῦ ὀξέος

γ. Ἀκετυλίωσις τοῦ παρᾶ—ἀμινοβενζοϊκοῦ ὀξέος κ.λ.π.

7. Μέθοδοι στηριζόμεναι ἐπὶ τῆς ἐναλλαγῆς τοῦ ὕδατος.

α. Ὀλιγουρία

β. Ὀψιουρία κ.λ.π.

Πρὸ τοιούτου ὅμως ἀριθμοῦ ἡπατικῶν δοκιμασιῶν εὐλόγως διερωτᾶται τις ποίας ἀντιδράσεις θὰ ἐκλέξῃ ὁ κλινικός, ἵνα ἔχῃ μίαν συγκεκριμένην ἀπάντησιν ἐπὶ μιᾶς ἡπατοπαθείας. Μία καὶ μόνον ἀντίδρασις, ὅπως εἴπομεν, δὲν ἐπαρκεῖ. Συνεπῶς θὰ ἐκλέξωμεν περισσοτέρας ἀντιδράσεις, ἀναφερομένας εἰς διαφόρους λειτουργίας τοῦ ἥπατος, ἐξηλεγμένας δὲ ἐκ τῆς κλινικῆς πείρας. Οὕτως ὁ Γάλλος κλινικός Caroli διὰ τὸν γενικὸν ἔλεγχον τῆς ἡπατικῆς λειτουργίας ἐκτελεῖ ταύτοχρόνως τὰς ἑξῆς:

Χολαιμία Ἀπέκκρισις φυσιολογικῶν οὐσιῶν

Βρωμοσουλφονοφθαλεΐνη » παθολογικῶν »

Γαλακτοζουρία Λειτουργία ὕδατανθράκων

Ἀντίδρ. Gray

» MacLagan | » Λευκωμάτων

» Hanger

Λιπαιμία

Χοληστεριναιμία | » λιπῶν

Ἴππουρικὸν ὄξύ » συνθέσεως.

Ἐκτελοῦντες λοιπὸν τὰς ἀντιδράσεις αὐτάς, ἀνεξαρτήτως τοῦ εἶδους τῆς παθήσεως, δυνάμεθα νὰ κατατοπισθῶμεν μετὰ μεγάλης πιθανότητος ἐπὶ τῆς λειτουργικῆς καταστάσεως τοῦ ἥπατος. Δι' ὃ καὶ ἡμεῖς θ' ἀρκεσθῶμεν εἰς τὴν περιγραφὴν μόνον τῶν δοκιμασιῶν αὐτῶν.

Ι. Χολαιμία. Α' Αἰ χολοχρωστικαί. Αἰ νέαι ἀπόψεις περὶ τούτων εἶναι, ὅτι παράγονται ἐξωηπατικῶς μὲν ὑπὸ τοῦ δικτυοσενδοθηλιακοῦ συστήματος, ἐνδοηπατικῶς δὲ ὑπὸ τῶν κυττάρων τοῦ Kurrfer καὶ αὐτῶν τούτων τῶν πολυγωνικῶν κυττάρων. Τὰ $\frac{1}{5}$ τῶν χολοχρωστικῶν παράγονται ἐνδοηπατικῶς καὶ τὸ $\frac{4}{5}$ μόνον ἐξωηπατικῶς. Διὰ τῆς παραδοχῆς αὐτῆς δυνάμεθα σήμερον νὰ ἐξηγήσωμεν τὸ γεγονός, ὅτι ὅσον βαρυτέρα εἶναι ἡ ἡπατικὴ βλάβη τοσοῦτον καὶ ὁ ἴκτερος καθίσταται ἀσθενέστερος, π.χ. ἡ ὄξεια κιτρίνη ἀτροφία τοῦ ἥπατος.

Ὡς πρώτη ὕλη διὰ τὴν παραγωγὴν τῶν χολοχρωστικῶν χρησιμοποιεῖται ἡ αἰμοσφαιρίνη. Ἐκ τῶν καταστρεφόμενων ἐρυθρῶν αἰμοσφαιρίων ἐλευθεροῦνται ἡμερησίως 25 γρ. αἰμοσφαιρίνης, ἐκ τῶν ὁποίων τὰ 15—20 γρ. καταναλίσκονται διὰ τὸν σχηματισμὸν τῶν νέων ἐρυθρῶν αἰμοσφαιρίων καὶ τὰ ὑπόλοιπα 5—10 γρ. ὑφίστανται ἀποσύνθεσιν πρὸς χολερυθρίνην. Κατ' ἀρχὰς ἀφαιρεῖται

ἐκ τῆς αἰμοσφαιρίνης τὸ πρωτεϊνικὸν σῶμα καὶ παράγεται ἡ αἰμίνη. Εἶτα δι' ἀφαιρέσεως τοῦ Fe ταύτης διανοίγεται ἡ ἐκ 4 πυρρολικῶν δακτυλίων κυκλικὴ ἔνωσις εἰς ἀνοικτὴν τετραπυρρολικὴν ἄλυσιν, ἣτις ἀποτελεῖ τὰς χολοχρωστικάς, ἧτοι :

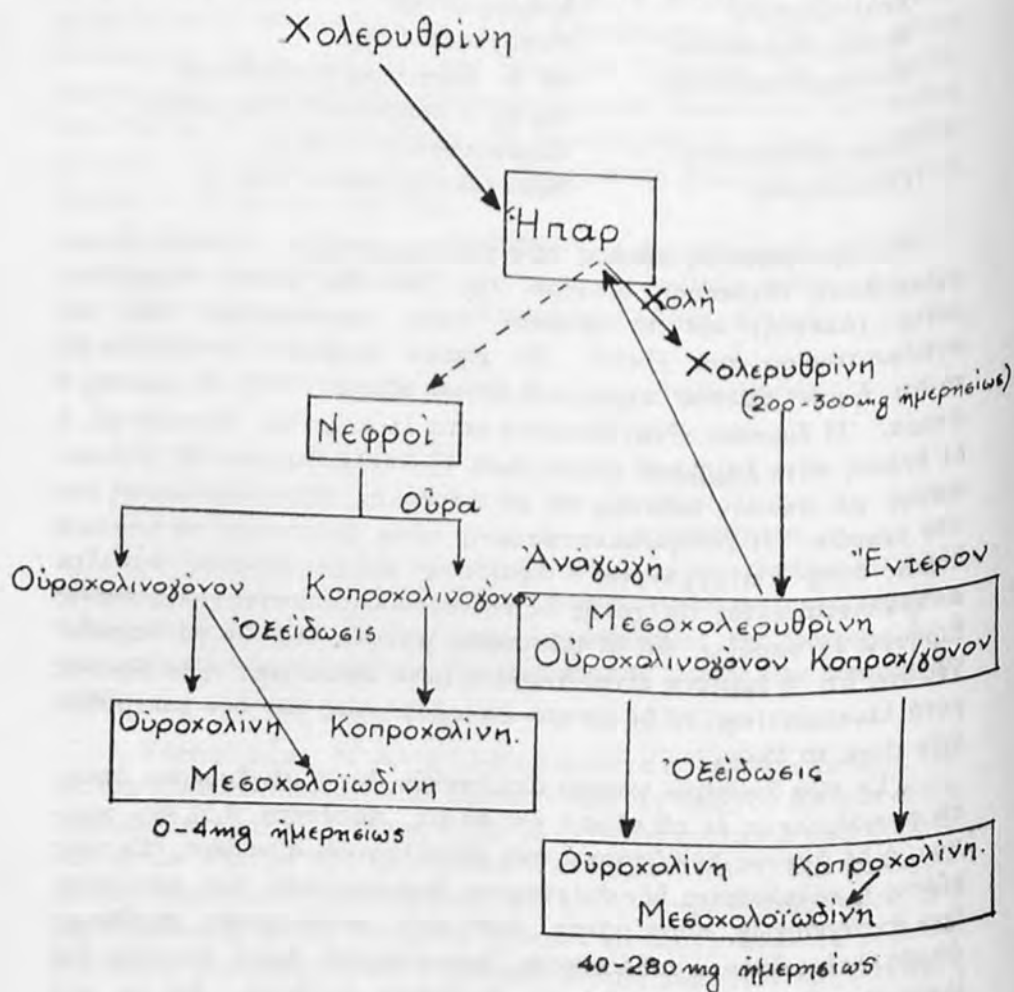
Χολερυθρίνην	Κοπροχολινογόνον
Χολοπρασίνην	Κοπροχολίνην
Μεσοχολερυθρίνην	Μεσοχολοϊωδίνην
Μεσοχολοπρασίνην	καὶ ἐκ περαιτέρω διασπάσεως τὰς ἐκ 2 πυρρολικῶν δακτυλίων Χολοφουσκίνην I καὶ II
Οὔροχολινογόνον	Μεσοχολοφουσκίνην I καὶ II
Οὔροχολίνην	

Ἐντεροηπατικός κύκλος τῶν χολοχρωστικῶν. Ἡ ἐν τῷ αἵματι χολερυθρίνη (ἔμμεσος) διαφέρει τῆς διὰ τῆς χολῆς ἀποβαλλομένης (ἄμεσος) καὶ τὸ γεγονός τοῦτο διαπιστοῦται διὰ τοῦ ἀντιδραστηρίου τοῦ Ehrlich. Ἡ χημικὴ διαφορὰ συνίσταται εἰς τὸ ὅτι ἡ μὲν ἄμεσος περιέχει 2 ἄτομα ἀζώτου, ἐνῶ ἡ ἔμμεσος 4 ἄτομα. Ἡ ἔμμεσος εἶναι ἠνωμένη μετὰ λευκώματος (σφαιρίνης), ἡ δὲ ἔνωσις αὕτη λαμβάνει χώραν ἅμα τῇ ἀπελευθερώσει τῆς χολερυθρίνης με σκοπὸν πιθανῶς τὴν μὴ ἀποβολὴν τῆς χολερυθρίνης διὰ τῶν νεφρῶν. Ἡ χολερυθρινοσφαιρίνη αὕτη φέρεται εἰς τὰ ἡπατικά λόβια, ἐνθα ἐπιτυγχάνεται ἡ ἀφαίρεσις τοῦ λευκώματος καὶ εἶτα ἀποβάλλεται ἐντὸς τῆς χολῆς ὡς ἐλευθέρῃ λευκώματος χολερυθρίνη. Εἰρήσθω ἐν παρόδῳ, ὅτι αἱ τελευταῖαι ἀπόψεις τείνουν νὰ παραδείξωσιν, ὅτι ἡ ἔμμεσος εἶναι ἠνωμένη μετὰ σφαιρίνης, ἡ δὲ ἄμεσος μετὰ λευκωματίνης, τὸ δὲ φάσμα ἀπορροφήσεως τῶν δύο χολερυθρινῶν εἶναι τὸ ἴδιον.

Ἐκ τῶν ἀνωτέρω γίνεται ἀντιληπτόν, ὅτι ἡ μὲν ἔμμεσος ἀπαντᾷ φυσιολογικῶς ἐν τῷ αἵματι καὶ διὲς εἰς ποσότητα 0,5% mg. περίπου, ἡ δὲ ἄμεσος δὲν ὑπάρχει ὑπὸ φυσιολογικῆς συνθήκας. Ἐν τοῖς οὔροις ἡ χολερυθρίνη δὲν ἀνιχνεύεται φυσιολογικῶς διὰ τῶν συνήθων ἀντιδράσεων, παρὰ μόνον ὅταν ὑπὸ παθολογικῆς συνθήκας ἀποβάλλεται ἄμεσος χολερυθρίνη. Ἀνευρίσκεται ὁμοίως πάντοτε διὰ μικροχημικῶν μεθόδων καὶ εἰς ποσότητα 1—3mg%, ἐπὶ δὲ τοῦ κυνός σταθερῶς ἀνιχνεύεται διὰ τῶν συνήθων ἀντιδράσεων.

Εἰς τὸ λεπτόν ἔντερον ἡ χολερυθρίνη παραμένει ἀναλλοίωτος ἢ ἐνίοτε ὑφίσταται ὀξειδῶσιν πρὸς χολοπρασίνην. Ἀποβάλλονται ἡμερησίως 200—370 mg. χολερυθρίνης. Εἰς τὸ παχὺ ἔντερον ἀνάγεται διαδοχικῶς ὑπὸ τῶν βακτηριδίων εἰς μεσοχολερυθρίνην, οὔροχολινογόνον καὶ κοπροχολινογόνον, ἀπὸ τῆς μεσότητος δὲ τοῦ

έγκαρσιού και έντεθεν αί χρωστικά αὐται ὀξειδούμεναι παράγουν τὴν οὐροχολίνην καὶ κοπροχολίνην καὶ ἐκ ταύτης τὴν μεσοχολοϊώδη-ν. Αὐταὶ ἀποβάλλονται εἰς ποσότητα 40—280 mg. ἡμερησίως καὶ ἀποτελοῦν τὰς φυσιολογικὰς χρωστικὰς τῶν κοπράνων. Οὐδὲν ἶχνος χολερυθρίνης ἀνευρίσκεται ἐντὸς τῶν κοπράνων. Ἐάν ὀλόκλη-



ρος ἡ ποσότης ταύτης μετατρέπεται εἰς τὰς χρωστικὰς τῶν κοπράνων ἢ ἐάν μέρος αὐτῆς ἀπορροφᾶται ἀναλλοίωτον ὑπὸ τοῦ παχέως έντέρου δὲν ἔχει ἀπολύτως ἐξακριβωθῆ.

Μέρος τοῦ οὐροχολινογόνου καὶ κοπροχολινογόνου ἀπορροφᾶται καὶ διὰ τῆς πυλαίας κυκλοφορίας φέρεται εἰς τὰ ἡπατικά λόβια.

Ἐνταῦθα τὸ πλεῖστον μέρος αὐτῶν μετατρέπεται εἰς χολερυθρίνην καὶ ἀποβάλλεται ἐκ νέου εἰς τὸ λεπτόν ἔντερον, ἐλάχιστον δὲ μέρος διαφεύγει εἰς τὴν γενικὴν κυκλοφορίαν καὶ ἀποβάλλεται διὰ τῶν νεφρῶν. Ἐντὸς τῶν οὔρων αἱ χρωστικαὶ ὑφίστανται ὀξειδῶσιν καὶ νεφρῶν. Ἐντὸς τῶν οὔρων αἱ χρωστικαὶ ὑφίστανται ὀξειδῶσιν καὶ ἐκ μὲν τοῦ οὔροχολινογόνου παράγονται ἡ οὔροχολίνη καὶ μεσοχο- ἐκ μὲν τοῦ οὔροχολινογόνου παράγονται ἡ οὔροχολίνη καὶ μεσοχο- ἐκ μὲν τοῦ οὔροχολινογόνου παράγονται ἡ οὔροχολίνη καὶ μεσοχο- ἐκ μὲν τοῦ οὔροχολινογόνου παράγονται ἡ οὔροχολίνη καὶ μεσοχο- ἐκ μὲν τοῦ οὔροχολινογόνου παράγονται ἡ οὔροχολίνη καὶ μεσοχο- ἐκ μὲν τοῦ οὔροχολινογόνου παράγονται ἡ οὔροχολίνη καὶ μεσοχο-

Ἄνιχνευσις τῆς χολερυθρίνης εἰς τὰ οὔρα. α) Ἀντίδρα- οἰς Gmelin. Βασίζεται ἐπὶ τῆς ὀξειδώσεως τῆς χολερυθρίνης ὑπὸ τοῦ πυκνοῦ νιτρικοῦ ὀξέος εἰς μίαν σειρὰν ἐγχρώμων παρα- γῶγων.

Ἐντὸς δοκιμαστικοῦ σωλήνος τοποθετοῦμεν τὰ πρὸς ἐξέτασιν οὔρα καὶ χύνομεν στάγδην πυκνὸν νιτρικὸν ὀξὺ χωρὶς ν' ἀναμιχθῶ- σιν. Κατὰ τὴν ἐπιφάνειαν ἐπαφῆς τῶν δύο ὑγρῶν παράγεται ἔγχρω- μος δακτύλιος, ὅστις διαδοχικῶς μεταβάλλει χρῶμα. Κατ' ἀρχὰς εἶναι πράσινος, εἶτα ἐρυθρὸς, κυανοῦς, ἰώδης.

β) Τροποποιήσις κατὰ Rosenbach. Τὰ οὔρα διηθοῦνται διὰ χωνίου ἐκ διηθητικοῦ χάρτου. Εἶτα ρίπτομεν μερικὰς σταγόνας HNO_3 κατὰ τὸν πυθμένα, ὅτε παράγονται ἐγχρωμοὶ δακτύ- λιοι ποικίλου χρώματος.

Προσδιορισμὸς τῆς χολερυθρίνης τοῦ αἵματος: Ὁ προσδιορι- σμὸς τῆς χολερυθρίνης τοῦ αἵματος ἐπιτυγχάνεται εἴτε ἀμέσως δι' εἰδικῶν χημικῶν μεθόδων, ὡς τῆς τοῦ van den Bergh, εἴτε ἐμμέσως διὰ τοῦ προσδιορισμοῦ τῆς κιτρίνης χρώσεως τοῦ ὀροῦ διὰ τοῦ ἰκτερικοῦ δείκτου.

Ἡ ἀντίδρασις van den Bergh στηρίζεται ἐπὶ τοῦ γεγονότος, ὅτι ἡ χολερυθρίνη μετὰ τοῦ ἀντιδραστηρίου τοῦ Ehrlich δίδει εἰδικὴν χροίαν. Διάφοροι τροποποιήσεις σκοπὸν ἔχουν νὰ μειώσουν τὰ λάθη τῆς ἀντιδράσεως. Ἐξ ὅλων δὲ τούτων καλυτέρα φαίνεται ἡ:

Τροποποιήσις κατὰ Thannhauser — Anderson: Τὸ διαζω- τοαντιδραστήριον τοῦ Ehrlich ἀποτελεῖται ἐκ δύο διαλυμάτων α καὶ β, ἅτινα ἀναμιγνύομεν πρὸ τῆς χρήσεως.

Διάλυμα α = 0,5% διάλυμα νιτρώδους νατρίου

Διάλυμα $\beta = 5,0$ σουλφανιλίκον όξύ, 50 cc. πυκνόν HCl και 950 cc. ύδωρ.

0,25α + 5,0 cc. β ένοϋνται $\frac{1}{2}$ ώραν πρό της χρήσεως.

Τεχνική: Προκειμένου περί άμέσου χολερυθρίνης άναμιγνύομεν 1,0 cc. όροϋ πάσχοντος + 0,5 cc. άντιδρ. Ehrlich.

Καί έάν μέν ή χροιά μεταβληθῆ έντός 30'', τότε πρόκειται περί άμέσου άντιδράσεως έντόνως θετικής. Μετά τά 30'', όμιλοϋμεν περί έπιβραδυνομένης θετικής άντιδράσεως.

Προκειμένου δέ περί της έμμέσου χολερυθρίνης, εις τό άνω μίγμα προσθέτομεν έπί πλέον 2,5cc οίνοπνεύματος 95% και 1,0cc κεκορεσμένου διαλύματος θειϊκοϋ άμμωνίου. Καί ή μέν προσθήκη τοϋ οίνοπνεύματος σκοπόν έχει νά παραλάβη τήν έμμεσον χολερυθρίνην, ή δέ προσθήκη τοϋ θειϊκοϋ άμμωνίου νά κατακρημνίση τά λευκώματα τοϋ όροϋ.

Έν συνεχεία φυγοκεντροϋμεν τό σωληνάριον και βλέπομεν, ότι σχηματίζονται τρεις στιβάδες. Η κάτω στιβάς είναι τό θειϊκόν άμμόνιον, ή μέση στιβάς είναι τό λεύκωμα τοϋ όροϋ και ή άνω στιβάς τό οίνοπνευμα με τήν διαζωτοχολερυθρίνην. Παραλαμβάνομεν τήν άνω στιβάδα, ένθα προσδιορίζομεν τήν έμμεσον χολερυθρίνην χρωματομετρικώς.

Φυσιολογικά τιμαί της μεθόδου = μέχρι 0,2 mg%

Ίκτερικός δείκτης (I.Δ.): Τό χρώμα τοϋ πλάσματος συγκρίνεται πρός τό χρώμα ένός σταθεροϋ διαλύματος διχρωμικοϋ καλίου, τοϋ όποίου ή διάλυσις 1:10.000 λαμβάνεται ως ίκτερική μονάς.

Πρός τοϋτο κατασκευάζομεν τό διάλυμα τοϋ διχρωμικοϋ καλίου, όπερ άντιστοιχεί πρός 10 μονάδας ως έξης:

Διχρωμικόν κάλι.	0,10 κ. έκ.
Πυκνόν θειϊκόν όξύ	0,10 » »
Άπεσταγμένον ύδωρ.	100,00 » »

Έκ τοϋ διαλύματος τούτου διά κλιμακωτής άραιώσεως κατασκευάζομεν 10 πρότυπα σωληνάρια, άτινα και άντιστοιχοϋν πρός 1—10 μονάδας:

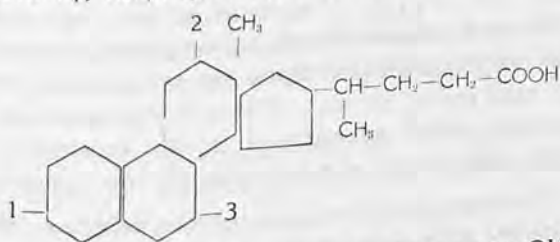
Μητρικόν διάλυμα 1:1000 = σωληνάριον	10 = 10 μονάδες IΔ.
9 όγκοι διαλύματος + 1 όγκος ύδατ. = σωληνάριον	9 = 9 μον.
8 » » + 2 » » = »	8 = 8 »
7 » » + 3 » » = »	7 = 7 »
6 » » + 4 » » = »	6 = 6 »
5 » » + 5 » » = »	5 = 5 »
4 » » + 6 » » = »	4 = 4 »

3	δγκοι διαλύματος	+	7	δγκοι ύδατ.	=	σωληνάριον 3	=	3	μον.
2	»	»	+	8	»	=	»	2	= 2 »
1	»	»	+	9	»	=	»	1	= 1 »

Πρός τὰ δέκα ταῦτα σωληνάρια παραβάλλεται ἡ χροιά τοῦ πρὸς ἐξέτασιν ὄρου καὶ ἔχομεν οὕτω τὴν ἀνάλογον ἀπάντησιν. Προστρέχοντες δὲ εἰς σχετικὸν πίνακα εὐρίσκομεν καὶ τὸ ἀντίστοιχον ποσὸν χολερυθρίνης πρὸς ἕκαστον σωληνάριον. Οὕτω τὸ ὑπ' ἀριθμὸν 1 σωληνάριον, ἧτοι μία ἰκτερική μονάς, ἀντιστοιχεῖ πρὸς 0,210 mg % χολερυθρίνης. Ὁ ἰκτερικός δείκτης δὲν καθορίζει ἄμεσον ἢ ἔμμεσον χολερυθρίνην.

Β' Τὰ χολικά ἄλατα. Ἐν ἀντιθέσει πρὸς τὴν χολερυθρίνην καὶ χοληστερόλην, ταῦτα παράγονται ἀποκλειστικῶς ὑπὸ τοῦ ἥπατος. Ἔνεκα δὲ τῶν πολλαπλῶν χημικῶν ἰδιοτήτων τῶν, αἱ πλεῖστοι τῶν ἐπεξεργασιῶν τῆς χολῆς ἐν τῷ ἐντέρω ἐπιτελοῦνται δι' αὐτῶν.

Τὰ χολικά ἄλατα εἶναι παράγωγα τοῦ χολανίου, ἀποτελοῦν δὲ τὰ μετὰ Na καὶ σπανίως K ἄλατα τῶν χολικῶν ὀξέων ἠνωμένων μετὰ τῆς ταυρίνης ἢ τῆς γλυκοκόλλης.



Χολάνιον (1,2,3 = θέσεις τῶν OH).

Τὰ κυριώτερα ἐκ τῶν χολικῶν ὀξέων τοῦ ἀνθρώπου εἶναι τὸ χολικόν ὀξύ μετὰ 3 ὑδροξυλίων, τὸ δισοξυχολικόν μετὰ 2 ὑδροξυλίων καὶ τὸ λιθοχολικόν ὀξύ μεθ' ἑνὸς ὑδροξυλίου.

Ἐπίσταται εἰς ἐντεροηπατικὸν κύκλον τῶν χολικῶν ἀλάτων. Διὰ τῆς χολῆς ἀποβάλλονται εἰς τὸ λεπτόν έντερον, διέρχονται ἀναλλοίωτα εἰς τὸ παχύ, ὅπου τὸ πλεῖστον αὐτῶν ἀπορροφᾶται καὶ ἐπανάγεται εἰς τὸ ἥπαρ, ἐλάχιστον δὲ μέρος διαφεύγει διὰ τῶν κοπρῶν. Τὰ πολυγωνικά κύτταρα τοῦ ἥπατος παράγουν τὴν ποσότητα χολικῶν ἀλάτων, ὅση εἶναι ἀρκετὴ γὰρ συμπληρῶση τὸ διὰ τῶν κοπρῶν ἀποβαλλόμενον ποσόν.

Ἰδιότητες: Ἐκ τῶν πολλῶν ἰδιοτήτων τῶν χολικῶν ἀλάτων αἱ σπουδαιότεραι εἶναι αἱ ἐξῆς: Τροποποιοῦν τὴν ἐπιφανειακὴν τάσιν

των υγρών. Λαμβάνουν μέρος εις την πέψιν των λιπών δια της γαλακτωματοποιήσεως και ενεργοποιήσεως των λιπολυτικών ενζύμων. Ὑποβοηθοῦν τὴν ἀπορρόφησιν των λιποδιαλυτῶν βιταμινῶν A, D, E καὶ K, ἐν ἀπουσίᾳ δὲ τούτων ἐκ τοῦ ἐντέρου δημιουργοῦνται ἀνάλογοι ἀβιταμινώσεις. — Ὑποβοηθοῦν τὴν ἀπορρόφησιν τοῦ Fe καὶ Ca. — Κέκτηνται ἐλαφρὰν καθαρτικὴν ἐνέργειαν καὶ διεγείρουσιν τὸσον τὴν παραγωγὴν (χολοεκκριτικὰ) ὅσον καὶ τὴν ἀπέκκρισιν τῆς χολῆς (χολαγωγὰ). — Ἡ βραδυκαρδία καὶ ὁ κνησμός, συνήθη συμπτώματα τοῦ ἀποφρακτικοῦ ἰκτέρου, δὲν ὀφείλονται, κατὰ τὰς σημερινὰς ἀντιλήψεις, εἰς τὴν περίσσειαν των χολικῶν ἀλάτων τοῦ αἵματος.

— Τὸ αἷμα περιέχει φυσιολογικῶς 13—15 mg% χολικῶν ἀλάτων. Τὰ οὔρα περιέχουσιν ἀνεπαίσθητα ἴχνη, ἀνιχνεύόμενα μόνον διὰ τῆς μεθόδου τῆς σταλαγμομετρίας.

— Ἡ βλάβη τοῦ ἥπατος προκαλεῖ ἐλάττωσιν τῆς παραγωγῆς των χολικῶν ἀλάτων καὶ συνεπῶς ἐλάττωσιν αὐτῶν ἐν τῇ χολῇ καὶ ἐν τῷ αἵματι.

— Ὁ ἀποφρακτικὸς ἰκτερος προκαλεῖ ἀντιθέτως αὐξήσιν των χολικῶν ἀλάτων καὶ ἐν τῇ χολῇ καὶ ἐν τῷ αἵματι.

Ἀντιδράσεις. α) Οὔρα: Ἀνιχνεύονται διὰ τῆς ἀντιδράσεως τοῦ Nag. Μέθοδος τελείως ἐμπειρική, στηρίζεται εἰς τὴν ἐλάττωσιν τῆς ἐπιφανειακῆς τάσεως των οὔρων ὑπὸ των χολικῶν ἀλάτων. Ἐντὸς ποτηρίου περιέχοντος τὰ πρὸς ἐξέτασιν οὔρα ρίπτομεν ἄνθη θείου. Φυσιολογικῶς ταῦτα παραμένουσιν εἰς τὴν ἐπιφάνειαν. Ἐπὶ ὑπάρξεως χολικῶν ἀλάτων κατακρημνίζονται εἰς τὸν πυθμένα.

β) Αἷμα: Προσδιορίζονται διὰ μικροχημικῶν μεθόδων. Ἡ αὔξις αὐτῶν ἀποτελεῖ παθολογικὸν σημεῖον τοῦ ἀποφρακτικοῦ ἰκτέρου.

Ἡ κλινικὴ σημασία τῆς χολαιμίας διὰ τὴν διαφορικὴν διάγνωσιν των ἰκτέρων καταφαίνεται ἐκ τοῦ κάτωθι πίνακος.

	Αἰμολυτικὸς ἰκτερος	Ἡπατοκυτταρικὸς ἰκτερος	Ἀποφρακτικὸς ἰκτερος	
Αἷμα	Χολερυθρίνη	Ἐμμ. ἠύξημένη ++++	Ἐμμ. ἠύξημένη ++++	Ἐμμ. (φυσιολ.) ++++
	Χολικά ἄλ.	"Ἀμεισ. ——— 13—15 mg%	"Ἀμεισ. ++++ >13—15 mg%	"Ἀμεισ. ++++ <13—15 mg%
Οὔρα	Χολερυθρίνη	:	++	+++
	Οὔροχολίνη	:	++++	—
	Χολικά ἄλ.	:	— ἢ +	+++

II. Βρωμοσουλφονοφθαλεΐνη (BSP). Το διάλυμα της BSP είναι άχρουν και με την προσθήκη σταγόνων αλκαλικού τινος διαλύματος μεταβάλλεται εις ίσδες. Ένιεμένη ένδοφλεβίως αποβάλλεται ταχύτατα, ούτως ώστε μετά πάροδον 30—45 λεπτών ούδέν ἴχνος εύρίσκεται ἐν τῷ αἵματι. Ἡ ἀποβολή τῆς χρωστικῆς ἐκ τοῦ αἵματος ἐπιτυγχάνεται κατὰ τὸ 40% διὰ τῶν νεφρῶν, τὸ πλεῖστον ὁμως μέρος παραλαμβάνεται ὑπὸ τοῦ δικτυοενδοθηλιακοῦ συστήματος τοῦ ἥπατος καὶ ἀποβάλλεται εἰς τὴν χολήν.

Μετά ἐνεσιν ὠρισμένης ποσότητος BSP δέον αὐτῇ ἐντὸς ἐνός ὠρισμένου χρονικοῦ διαστήματος νὰ μὴ ὑπάρχη ἐντὸς τοῦ αἵματος. Οἰαδήποτε κατακράτησις πέραν ἐνός ἐλαχίστου φυσιολογικοῦ ἐπιπέδου θεωρεῖται παθολογική. Ὅσον μεγαλύτερα ἢ βλάβη τοσοῦτον καὶ ἡ κατακράτησις εἶναι μεγαλύτερα.

Ἡ δοκιμασία προϋποθέτει φυσιολογικὴν νεφρικὴν λειτουργίαν δι' ἣ καὶ ὁ Caroli σήμερον ἐρευνᾷ τὴν χρωστικὴν εἰς τὴν χολήν, παρακάμπτων οὕτω τὸ ζήτημα τῆς λειτουργίας τῶν νεφρῶν. Δέον αὐτῇ μετὰ 5'—15' ἀπὸ τῆς ἐνέσεως νὰ ἐμφανισθῇ ἐν τῇ χολῇ.

Παθολογικὴ BSP ὑποδηλοῖ βλάβην τοῦ δικτυοενδοθηλιακοῦ συστήματος καὶ ἐμμέσως εἰκάζομεν οὕτω περὶ τῆς λειτουργίας τοῦ παρεγχύματος.

Παραδεχόμεθα σήμερον, ὅτι ἡ δοκιμασία ἀποκτᾷ ἰδιαιτέραν ἀξίαν διὰ τὴν διάγνωσιν τῆς χρονίας ἥπατίτιδος, ἀνεξαρτήτως τῆς αἰτιολογίας τῆς νόσου.

Τεχνικὴ. 1. Ἐνίεμεν ένδοφλεβίως 5 mg BSP κατὰ kg. βάρους.

2. Μετὰ 30' λαμβάνομεν 5 κ. ἐκ. αἵματος ἀπὸ τὴν φλέβα

τοῦ ἐτέρου ἄκρου.

3. Λαμβάνομεν τὸν ὄρην μετὰ προσοχῆς, ἵνα μὴ γίνῃ αἰμόλυσις καὶ θέτομεν ἀνά 1 κ. ἐκ. ὄρου εἰς δύο σωληνάρια. Εἰς τὸ δεύτερον σωληνάριον προσθέτομεν 1—2 σταγόνας διαλύματος NaOH 10%.

4. Ἡλεκτροφωτομέτρησις μετὰ τυφλὸν τὸ πρῶτον σωληνάριον καὶ ἡμὸν 550.

Ἀποτέλεσμα : Κατακράτησις 6—10% τῆς ἐνεθείσης ποσότητος θεωρεῖται ὑπὸ τῶν πλείστων ὡς φυσιολογική.

III. Γαλακτοζουρία. Ἡ γαλακτοζή εἶναι μονοσακχαρίδης, ὁ ὁποῖος ἀπορροφᾶται ταχύτατα ἐκ τοῦ ἐντέρου. Παραλαμβανομένη ὑπὸ τοῦ ἥπατος μεταβάλλεται ἀμέσως εἰς γλυκογόνον σχεδὸν καθ' ὅλοκληρίαν, ἐλάχιστον δὲ μέρος διαφεύγει εἰς τὴν κυκλοφορίαν καὶ ἀποβάλλεται εἰς τῶν νεφρῶν ἄνευ οὐδοῦ.

Τεχνικὴ. Χορηγοῦμεν ἀπὸ τοῦ στόματος τὴν πρῶταν, νή-

στεως ὄντος τοῦ ἄρρώστου, 40 γρ. γαλακτόζης με 250 κ. ἐκ ὕδατος. Πρὸ τῆς χορηγήσεως ὁ ἄρρωστος οὐρεῖ καὶ ἀπορρίπτωμεν τὰ οὔρα. Μίαν ὥραν μετὰ τὴν χορήγησιν οὐρεῖ καὶ ἐν συνεχείᾳ ἀνὰ ὥραν καὶ ἐν ὄλῳ τετράκις. Εἰς τὰς 4 οὐρήσεις προσδιορίζομεν τὸ ἀπεκκριθὲν ποσὸν γαλακτόζης.

Ποσὸν μέχρι 2 γρ. γαλακτόζης εἶναι φυσιολογικόν. 2,0—3,0 γρ. εἶναι ἀμφιβόλου ἀποτελέσματος καὶ 3,0 καὶ ἄνω θεωρεῖται παθολογικόν.

Ἐσφαλμένα ἀποτελέσματα θὰ ἔχωμεν ἐπὶ δύο περιπτώσεων.

α) Ἐπὶ θρομβώσεως τῆς πυλαίας: Ἡ γαλακτόζη φέρεται διὰ παραπλεύρου κυκλοφορίας εἰς τὸ αἷμα καὶ ἀποβάλλεται διὰ τῶν νεφρῶν. Οὕτως ἔχομεν θετικὴν δοκιμασίαν ἄνευ ὑπάρξεως ἥπατοπαθείας.

β) Ἐπὶ συνδρομῆς *Chlori* (ἀπόφραξις ἥπατικῶν φλεβῶν) μετὰ ἥπατοπαθείας ἔχομεν, ἀντὶ τῆς θετικῆς ἀντιδράσεως, ἀρνητικὴν ταύτην, διότι αἱ ἥπατικάι φλέβες, ἀποπεφραγμέναι οὔσαι, δὲν ἐπιτρέπουν τὴν διόδον τῆς γαλακτόζης εἰς τὴν γενικὴν κυκλοφορίαν.

IV. Λευκώματα αἵματος: Ταῦτα καὶ ἡ καθ' ἕκαστον ἐξ αὐτῶν ἑκατοστιαία ἀναλογία ἔχουν ὡς ἑξῆς:

Ὀλικὸν λεύκωμα: 7,5—8,0%

Ὀρίνη: 4,5—5,5

Σφαιρίνη: 2,5—3,5

Ἰνωδογόνον: 0,2—0,6

Σχέσις $\frac{\text{ὀρίνης}}{\text{σφαιρίνης}}$: 1,5—2,0

Ἐκ τῶν λευκωμάτων τοῦ πλάσματος ἡ μὲν λευκωματίνη (α καὶ β) καὶ τὸ Ἰνωδογόνον παράγονται ἀποκλειστικῶς ὑπὸ τοῦ ἥπατικοῦ παρεγχύματος. Αἱ σφαιρίναι α, β καὶ γ παράγονται ὑφ' ὀλοκλήρου τοῦ δικτυοενδοθηλιακοῦ συστήματος τοῦ ὄργανισμοῦ. Ἡ προθρομβίνη εἶναι καὶ αὕτη μία σφαιρίνη, ἠνωμένη μετὰ τῆς βιταμίνης Κ. Ἡ ἔνωσις γίνεται μόνον ὑπὸ τῶν πολυγωνικῶν κυττάρων τοῦ ἥπατος.

Τὰ λευκώματα καταμετροῦνται διὰ διαφόρων μεθόδων, ὡς τῆς στηριζομένης ἐπὶ τοῦ εἰδικοῦ βάρους τοῦ πλάσματος, τῆς μεθόδου τοῦ ζυγοῦ κ.λ.π. Ἡ ἀσφαλεστέρα ὅμως μέθοδος εἶναι ἡ ἠλεκτροφόρησις διὰ τοῦ μηχανήματος τοῦ Tiselius. Ἀνάλογος μέθοδος εἶναι ἡ νεωστὶ προταθεῖσα ὑπὸ τοῦ Knüchel διὰ τῆς μεθανόλης, ἥτις δίδει ἀναλόγους λευκωματικὰς καμπύλας τῆς ἠλεκτροφορήσεως, καθ' ἣν

άντι τοῦ πολυδαπάνου μηχανήματος τοῦ Tiselius χρησιμοποιεῖται τὸ ἠλεκτροφωτόμετρον.

Ἐντὶ τῶν μεθόδων τούτων χρησιμοποιοῦνται σήμερον πρακτικώτεροι μέθοδοι, αἱ κροκυδοαντιδράσεις, αἵτινες δὲν καταμετροῦν τὰ πλάσματικά λευκώματα, ἀλλὰ ἀπλῶς πιστοποιοῦν τὰς διαταραχὰς αὐτῶν ἐν τῷ αἵματι. Τοιοῦτοτρόπως ἐμμέσως κρίνεται ἡ ἥπατικὴ λειτουργία, δεδομένου ὅτι τὸ πλεῖστον μέρος τῶν λευκωμάτων παράγεται ὑπὸ τοῦ ἥπατος.

Κροκυδοαντιδράσεις. Ἡ πρώτη ἐφαρμοσθεῖσα κροκυδοαντιδρασις ἦτο ἡ ἀντίδρασις Takata - Arai, τὸ 1925, διὰ τὴν διαφορικὴν διάγνωσιν τῆς λοβώδους πνευμονίας ἀπὸ τῆς βρογχοπνευμονίας. Τὸ 1929 ἐφηρμόσθη ἐπὶ τῶν ἥπατοπαθειῶν.

Ἡ ἀντίδρασις μειονεκτεῖ ἐναντι τῶν συγχρόνων εὐαισθητῶν κροκυδοαντιδράσεων. Διὰ τοῦτο ἐγκατελείφθη καὶ ἀντ' αὐτῆς χρησιμοποιεῖται ἡ τροποποίησις κατὰ Gros, διὰ τοῦ ἀντιδραστηρίου τοῦ Hayem. Ἀλλὰ οὔτε καὶ αὕτη δὲν ἀνταποκρίνεται πρὸς τὰς ἀπαιτήσεις τῆς Κλινικῆς, ὅσον αἱ ἀντιδράσεις τῆς κεφαλίνης — χοληστερόλης, θυμόλης καὶ κολλοειδοῦς χρυσοῦ.

1. Ἀντίδρ. κεφαλίνης — χοληστερόλης ἢ ἀντίδρασις τοῦ Hanger.

Στηρίζεται ἐπὶ τοῦ φαινομένου, καθ' ὃ ἡ γ σφαιρίνη, ἐρχομένη εἰς ἐπαφὴν μετὰ τοῦ ἐναιωρήματος κεφαλίνης 100 mg, χοληστερόλης 300 mg, αἰθέρος 8 κ. ἐκ. (ἀντιδραστήριον Hanger), ὑφίσταται κροκύδωσιν. Ἐὰν ὅμως τοῦτο γίνῃ μετὰ τοῦ ὄρου τοῦ αἵματος φυσιολογικοῦ ἀτόμου, ἡ κροκύδωσις δὲν λαμβάνει χώραν. Κατὰ τὸν μηχανισμόν τῆς ἀντιδράσεως παραδέχονται, ὅτι ὑφίσταται εἰς τὸ κλάσμα τῆς λευκωματίνης εἰς παράγων X ἀνασταλτικὸς τῆς κροκυδώσεως. Καὶ ὡς ἐκ τούτου θετικὴν ἀντίδρασιν ἔχομεν εἰς τρεῖς περιπτώσεις.

α) Ἐπὶ ὑπερμέτρου αὐξήσεως τῆς γ σφαιρίνης, ὅτε ὁ ἀνασταλτικὸς παράγων X δὲν ἐπαρκεῖ διὰ νὰ ἐμποδίσῃ τὴν κροκύδωσιν τῆς γ σφαιρίνης.

β) Ἐπὶ μειώσεως τοῦ παράγοντος X τῆς λευκωματίνης, ὅτε καὶ ἐκδηλοῦται ἡ φυσιολογικὴ ἰδιότης τῆς γ σφαιρίνης, καὶ

γ) Ἐπὶ δυσλειτουργίας τοῦ ἀνασταλτικοῦ παράγοντος.

Τεχνικὴ: Ἀναμιγνύομεν 0,2 κ. ἐ. ὄρου πάσχοντος + 4,0 κ. ἐκ. φυσ. διαλ. NaCl + 1,0 κ. ἐκ. ἐναιωρήματος τοῦ ἀντιδραστηρίου Hanger.

Φυλάσσομεν εἰς τὸ σκότος καὶ ἀναγινώσκομεν μετὰ 24 καὶ 48 ὥρας.

Ἀποτελέσματα: Ἀρνητικόν	—		
Θετικόν	διὰ	+	10
»	διὰ	++	20
»	διὰ	+++	30
»	διὰ	++++	40

Διὰ τὴν διαφορικὴν διάγνωσιν τῶν ἰκτέρων λαμβάνεται κυρίως ὅπ' ὄψιν τὸ ἀποτέλεσμα τῶν 24 ὥρων.

Κλινικὴ σημασία τῆς ἀντιδράσεως. Ἐπὶ τοῦ λοιμώδους ἰκτέρου εἶναι θετικὴ εἰς τὰ 95% τῶν περιπτώσεων. Ἡ κροκώδωσις ἐμφανίζεται ἀπὸ τοῦ προϊκτερικοῦ ἤδη σταδίου, ἐπιτείνεται κατὰ τὸ ἰκτερικὸν στάδιον καὶ ἐξαφανίζεται μὲ τὴν ἀποδρομὴν τοῦ ἰκτέρου ἢ τὸ πολὺ ἓνα μῆνα μετὰ ταύτην.

— Ἐπὶ τοῦ ἀποφρακτικοῦ καὶ αἰμολυτικοῦ ἰκτέρου εἶναι ἀρνητικὴ. Μόνον ἐπὶ παρατεταμένης ἀποφράξεως θετικοποιεῖται.

— Ἐπὶ τῆς κίρρωσεως τοῦ ἥπατος εἶναι θετικὴ εἰς τὰ 97% τῶν περιπτώσεων καὶ παρουσιάζει διακυμάνσεις ἀναλόγως τῆς ἐξελίξεως τῆς νόσου. Ἐπὶ τοῦ προασκτικοῦ σταδίου εἶναι ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον θετικὴ· ἐν ἐναντίᾳ περιπτώσει προσιωνίζεται ἀγαθὴν ἔκβασιν.

— Ἐπὶ τοῦ πρωτοπαθοῦς καρκίνου τοῦ ἥπατος εἶναι ὁμοίως θετικὴ. Ἐπὶ τοῦ δευτεροπαθοῦς ὅμως εἶναι πάντοτε ἀρνητικὴ, πλὴν τῶν δύο τελευταίων ἐβδομάδων πρὸ τῆς δυσμενοῦς ἐκβάσεως.

— Ἐπὶ τῆς χρονίας ἡπατίτιδος εἶναι θετικὴ κατὰ 37%.

— Ἐπὶ τοῦ καρδιακοῦ ἥπατος θετικὴ 55%.

— Ἐπὶ ἐχινοκόκκου τοῦ ἥπατος, μονήρους ἀποστήματος, χολοκυστοπαθείας, θρομβώσεως τῆς πυλαίας ἢ πυλαιοφλεβίτιδος, ἢ ἀντίδρασις εἶναι ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ἀρνητικὴ.

2. Ἀντιδράσεις θυμόλης ἢ ἀντιδράσεις Mc Lagan. Τὸ ἀντιδραστήριον τῆς θυμόλης περιέχει:

3,0 γρ. θυμόλης + 1,03 νατριούχου βερονάλης + 1,38 βερονάλης διαλελυμένων εἰς 500 κ. ἐκ. ἀπεσταγμένου ὕδατος.

Τεχνικὴ. α) Θολερότης θυμόλης: 6,0 κ. ἐκ. θυμόλης + 0,1 ὄρου πάσχοντος ἀναταράσσονται καὶ μετὰ 1/2 ὥραν φωτομετρεῖται μὲ τυφλὸν τὸ ἀντιδραστήριον καὶ ἡθμὸν 650. Ἡ ἀπόκλισις τῆς βελόνης τοῦ φωτομέτρου δηλοῖ τὰς μονάδας θυμόλης ἐπὶ τῇ βάσει πίνακος.

Φυσιολογικαὶ τιμαί: 0—4 μ. θυμόλης.

β) Κροκώδωσις. Τὸ ἀνωτέρω μίγμα φυλάσσεται εἰς τὸ σκότος καὶ ἀναγινώσκεται ἢ κροκώδωσις μετὰ 18—24 ὥρας ὡς ἐπὶ τῆς ἀντιδράσεως τοῦ Hanger.

Εἰς τὸν ἐπιδημικὸν ἰκτερον ἢ κροκώδωσις ἢ ἡ θολερότης τῆς

αντιδράσεως δὲν ἐμφανίζεται ἐπὶ τοῦ προδρομικοῦ σταδίου, ἀλλὰ μόνον κατὰ τὸ ἰκτερικὸν στάδιον. Μετὰ δὲ τὴν ἀποδρομὴν τῆς νόσου ἐξακολουθεῖ νὰ παραμένῃ θετικὴ ἐπὶ 6 ἕως 8 μηνῶν. Τὸ φαινόμενον τοσοῦτον δὲν πρέπει νὰ λαμβάνεται ὑπ' ὄψιν, ὅταν ἄλλαι κροκυδοαντιδράσεις εἶναι ἀρνητικαί.

3. Ἀντιδρ. κολλοειδοῦς χρυσοῦ ἢ ἀντιδρ. τοῦ Gray. Κατὰ ταύτην ἀναμειγνύονται μὲ τὴν ἀκόλουθον σειρὰν :
0,5 ρυθμιστικοῦ διαλύματος + 0,05 ὄρου αἵματος καὶ 2,5 κ. ἐκ. διαλύματος κολλοειδοῦς χρυσοῦ.

Τὸ μίγμα ἀναταράσσεται καὶ φυλάσσεται εἰς τὸ σκότος, ἢ δὲ ἀνάγνωσις τοῦ ἀποτελέσματος γίνεται μετὰ 24 ὥρας. Ἡ κροκυδοαντιδράσις σημειοῦται διὰ ἐνός + μέχρι τεσσάρων +.

Σημειώτεον ὅτι πρόκειται περὶ ἀρίστης καὶ οὐχὶ τόσοσιν εὐαίσθητου ἀντιδράσεως, δι' ἃ καὶ τὸ ἐν + θεωρεῖται θετικόν.

Ἐτεραι δύο κροκυδοαντιδράσεις, ἡ τοῦ ἀπεσταγμένου ὕδατος καὶ τῆς βερονάλης, χρησιμοποιοῦνται εὐρέως ὑφ' ἡμῶν, λόγῳ τῆς ἀπλότητός των καὶ τῆς ταχυτάτης ἀναγνώσεως τοῦ ἀποτελέσματος.

V. Λιπαίμια. 1. Τὸ ὀλικὸν λίπος τοῦ αἵματος καταμετρεῖται διὰ πολυπλόκου χημικῆς μεθόδου, τῆς μεθόδου τοῦ Delsal. Φυσιολογικαὶ τιμαὶ τῆς μεθόδου : 0,9%.

2. Ἡ χοληστερόλη. Λαμβάνεται διὰ τῆς τροφῆς καὶ παράγεται ἐντὸς τοῦ ὀργανισμοῦ συντιθεμένη ἐκ δύο ἀπλουστάτων σωμάτων, τοῦ ὕδατος καὶ τοῦ ὀξεικοῦ ὀξέος.

Κυρία ἔδρα παραγωγῆς τῆς ἐνδογενοῦς χοληστερόλης φαίνεται ὅτι εἶναι τὸ ἥπαρ, τὸ ὁποῖον παράγει τοσαύτην ποσότητα, ὥστε νὰ καλύπτῃ τὰς ἀνάγκας τοῦ ὀργανισμοῦ. Πλὴν τοῦ ἥπατος ὁμως καὶ ἕτερα ὀργανα συμβάλλουν εἰς τὴν παραγωγὴν τῆς, ὡς ὁ σπλήν, πνεύμων, νεφρός, ὄρχις, λεπτὸν ἔντερον καὶ τὸ δέρμα.

Ἐκ τῆς χοληστερόλης κατασκευάζει ὁ ὀργανισμὸς χολικά ὀξέα, προγεστερόνην καὶ ὀρμόνας τοῦ φλοιοῦ τῶν ἐπινεφριδίων.

Ἐντεροηπατικὸς κύκλος: Ἡ ἐκ τῆς χολῆς ἀποβαλλομένη χοληστερόλη ἐπαναπορροφᾶται ἐκ τοῦ ἐντέρου, διὰ τῆς πυλαίας φλεβὸς φέρεται εἰς τὸ ἥπαρ καὶ ἀποβάλλεται ἐκ νέου εἰς τὴν χολήν. Πλὴν ὁμως μεγαλύτερα ποσὰ ἀποβάλλονται ἀπ' εὐθείας διὰ τοῦ παχέος ἐντέρου. Μῆρος δὲ ταύτης μετατρέπεται ὑπὸ τῆς μικροβιακῆς χλωρίδος εἰς κοπροστερόλην, ἣτις καὶ ἀποβάλλεται διὰ τῶν κοπράνων.

Ἐν τῷ αἵματι ἡ ὀλικὴ χοληστερόλη ὑφίσταται ὑπὸ δύο μορφάς:

α) ως έλευθέρα χοληστερόλη, ήτις άποτελεϊ τά 25% τής όλικής και
β) ως έστεροποιημένη, συνδεδεμένη δηλαδή με διάφορα λιπαρά όξέα,
και ήτις άποτελεϊ τά 75% τής όλικής.

Αί φυσιολογικά τιμαί τής χοληστερόλης τοῦ αίματος εἶναι
αί έξής:

'Όλική Χοληστερόλη	:	150—260	mg	%
'Έλευθέρα »	:	40—70	»	»
'Έστεροποιηθεῖσα »	:	110—190	»	»
Σχέσις		$\frac{\text{έστεροποιηθεῖσα}}{\text{όλική}}$		= 0,66

Δεδομένου δέ ότι ή έστεροποίησις τής χοληστερόλης έπιτελεῖται
άποκλειστικῶς ὑπό τοῦ ήπατος, οιαδήποτε βλάβη θίγουσα τήν άκε-
ραιότητα τοῦ παρεγχύματος προκαλεῖ μείωσιν τῶν έστέρων και
συνεπῶς μείωσιν τής σχέσεως $\frac{\text{έστεροποιηθεῖσα}}{\text{όλική}}$. Τοιουτοτρόπως ό
προσδιορισμός τῶν έστέρων άποκτιᾷ σημαντικὴν άξίαν διά τήν διά-
γνωσιν και πρόγνωσιν τῶν ήπατοπαθειῶν. Μερικοί δέ Γάλλοι χει-
ρουργοί, ὡς ό Auvert, βασιζονται έπ' αὐτῶν διά τās συγχρόνους
έπεμβάσεις τῶν κιρρωτικῶν.

'Η χοληστερόλη αύξάνει έπί μυξοιδήματος, άρτηριοσκληρύνσεως
και λιποειδικής νεφρώσεως, ή σχέσις ὁμως $\frac{\text{έστεροποιηθεῖσα}}{\text{όλική}}$ κυμαίνε-
ται εἰς τήν φυσιολογικήν τιμήν τῶν 0,66.

VI. 'Ιππουρικόν όξύ: 'Η δοκιμασία τοῦ ήππουρικοῦ όξέος εἶναι διε-
θνῶς άνεγνωρισμένη ὡς έχουσα μεγίστην σημασίαν διά τήν διάγνω-
σιν και πρόγνωσιν τῶν ήπατοπαθειῶν.

'Η σύνθεσις τοῦ ήππουρικοῦ όξέος έπί τοῦ ανθρώπου γίνεται
ὑπό τοῦ ήπατος έκ τοῦ βενζοϊκοῦ νατρίου και τής γλυκοκόλλης.
'Ως έκ τούτου κατά τήν αντίδρασιν ή μείωσις τοῦ ήππουρικοῦ όξέος
τῶν οὔρων ὑποδηλοῖ παρεγχυματικήν βλάβην τοῦ όργάνου, άνά-
λογον τοῦ βαθμοῦ τής μειώσεως τοῦ όξέος.

Τεχνική. 'Η δοκιμασία εκτελεῖται μίαν ὥραν μετά τό πρό-
γευμα, τό όποῖον συνίσταται εἰς φρυγανιές με καφέ. 'Ο άσθενής
οὔρεῖ πρότερον και άπορρίπτονται τά οὔρα. Εἴτα λαμβάνει άπό τοῦ
στόματος 6,0 γρ. βενζοϊκοῦ νατρίου μετά 250 κ. έκ. ὕδατος ή ένίεν-
ται ένδοφλεβίως 1,77 γρ. βενζοϊκοῦ νατρίου διαλελυμένου εἰς 20 κ.
έκ. άπεσταγμένου ὕδατος.

Και διά μὲν τήν άπό τοῦ στόματος χορήγησιν καταμετρεῖται τό

διὰ τῶν οὔρων ἀποβαλλόμενον ὀλικὸν ποσὸν τοῦ ὀξέος εἰς 4 διαδο-
χικὰς ὠριαίας οὔρησεις. Διὰ δὲ τὴν ἐνδοφλέβιον χορήγησιν οὔρεϊ
μετὰ μίαν ὥραν καὶ καταμετρεῖται τὸ ποσὸν τοῦ ὀξέος μόνον τῆς
οὔρησεως αὐτῆς.

Τὸ ἀποτέλεσμα εἶναι τὸ αὐτὸ καὶ εἰς τὰς δύο περιπτώσεις ἦτοι :

ἀποβολὴ	4,0 γρ.	ἵππου.	ὀξέος	καὶ	ἄνω	= φυσιολογικόν
»	3—4,0 γρ.	»	»		»	= ἀμφίβολον
»	1—3,0 γρ.	»	»		»	= θετικόν
»	1,0 γρ.	»	»		καὶ κάτω	= ἐντόνως θετικόν

ΜΑΘΗΜΑΤΑ

ΓΑΣΤΡΟΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ

ΤΟΜΟΣ Β'

ΤΑΞ. Β. ΔΑΣΚΑΛΑΚΗ
ΥΦΗΓΗΤΟΥ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΓΑΣΤΡΟΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ

ΤΟΜΟΣ Β'

ΜΕΤΑ ΣΧΗΜΑΤΩΝ
ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΩΝ

ΑΘΗΝΑΙ
1 9 5 6

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

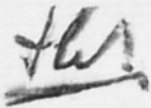
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

ΜΑΘΗΜΑΤΑ
ΓΑΣΤΡΟΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ

ΤΟΜΟΣ Β'

Πάν γνήσιον αντίτυπον φέρει τήν υπογραφήν τοῦ συγγραφέως.

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣ
ΠΛΕΘΥΝΟΥΣΑ, 1982



ΕΚΤΥΠΩΣΙΣ
Χ. ΛΕΟΝΤΙΑΔΗΣ & ΥΙΟΣ
Χαρ. Τρικούπη 103
Τηλέφωνον 614.061

ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΤΟΜΟΥ Β'

Παρήλθε διετία από της έκδόσεως του Α' τόμου τῶν «Μαθημάτων Γαστροεντερολογίας». Ἡ εὐμενὴς ὑποδοχὴ ἣς ἔτυχον ταῦτα ἐκ μέρους τῶν συναδέλφων μᾶς ἐνίσχυσεν, ὥστε σήμερον νὰ παρουσιάσωμεν καὶ τὸν Β' τόμον, ἀπαραίτητον συμπλήρωμα τοῦ πρώτου.

Τὰ «Μαθήματα» ἀποτελοῦν τὸ κάτοπτρον τῆς ἐν τῇ Β' Παθολογικῇ Κλινικῇ τοῦ Πανεπιστημίου Ἀθηνῶν γενομένης διδασκαλίας βάσει τῆς παρακολουθήσεως τῶν εἰς αὐτὴν νοσηλευθέντων ἀρρώστων. Ἐπεξετάθησαν δὲ περισσότερο ἐπὶ ὤρισμένων νόσων τοῦ ἐντέρου, ἰδίως τῶν διαφόρων κολιτίδων, λόγῳ τοῦ κλινικοῦ καὶ θεραπευτικοῦ ἐνδιαφέροντός των.

Κατὰ τὸ διαρρεῦσαν ὄκταετὸς διάστημα τῆς ὑπηρεσίας μας ἐν τῇ Β' Παθολογικῇ Κλινικῇ, ὁ Διευθυντὴς ταύτης Καθηγητὴς κ. Ἄρκ. Γούττας, δὲν ἔπαυσε νὰ μᾶς περιβάλλῃ καὶ νὰ μᾶς τιμᾷ διὰ τῆς ἐμπιστοσύνης του, ὡς καὶ νὰ μᾶς ἐνισχύῃ διὰ τῶν συμβουλῶν καὶ τῆς πείρας του. Αἰσθανόμεθα ἰδιοιτέραν εὐχαρίστησιν ἐκφράζοντες πρὸς τοῦτον διὰ μίαν εἰσέτι φορὰν τὴν βαθυτάτην εὐγνωμοσύνην μας.

Θεωροῦμεν ἐπίσης καθήκον, ὅπως ἐκφράσωμεν τὰς θερμότητας εὐχαριστίας μας καὶ πρὸς τὸν Καθηγητὴν τῆς Προπαιδευτικῆς Χειρουργικῆς Κλινικῆς τοῦ Πανεπιστημίου Ἀθηνῶν κ. Κ. Ἀλιβιζάτον διὰ τὴν ἐνίσχυσιν, τὴν ὁποίαν μετὰ τοῦ ἐπιτελείου του μᾶς παρέσχεν, ὡς καὶ διὰ τὴν συνεργασίαν ἐν τῇ Κλινικῇ, χάρις εἰς τὴν ὁποίαν ἠδυνήθημεν νὰ ἐλέγξωμεν καὶ μετεγχειρητικῶς τοὺς ἀρρώστους μας.

Διὰ τοὺς αὐτοὺς λόγους δὲν εἶναι μικροτέρα καὶ ἡ ἐνίσχυσις τοῦ Καθηγητοῦ τῆς Α' Χειρουργικῆς Κλινικῆς τοῦ Πανεπιστημίου κ. Ν. Χρηστά, πρὸς τὸν ὁποῖον ἐπίσης ἐκφράζομεν τὰς θερμὰς εὐχαριστίας μας.

Θὰ ἦτο ὅμως μεγίστη παράλειψις ἐκ μέρους μας νὰ μὴ μνημονεύσωμεν τὴν βοήθειαν καὶ ἐνίσχυσιν, ἐξ ὧν πολλὰ ὠφελήθημεν, ὄλων τῶν συνεργατῶν τῆς Β' Παθολογικῆς Κλινικῆς, μετὰ ξὺ τῶν ὁποίων δ' ἀναφέρωμεν τοὺς Ὑφηγητὰς κ.κ. Φρ. Κωστέαν

καὶ Ἰπ. Τσεβρένην, τοὺς Ἐπιμελητὰς κ.κ. Ἐπ. Βάκρινον, Γ. Ι. Μιχαηλίδην, Κ. Ρόμπον καὶ Φ. Φέσσαν, ὡς καὶ τοὺς ἀπὸ πολλῶν ἐτῶν συνεργάτας μας τοῦ «Ἀγ. Σάββα» κ.κ. Γ. Συκιώτην, Ἀδ. Κορδόσην καὶ Ἡλ. Φιλίππου, χάρις εἰς τὰς φροντίδας τῶν ὁποίων κατέστη ἐν πολλοῖς δυνατὴ ἡ συγκέντρωσις τοῦ ἀπαραιτήτου ὕλικου διὰ τὴν συγγραφὴν ὠρισμένων κεφαλαίων τοῦ παρόντος ἔργου.

Καὶ εἰς τὸν παρόντα τόμον, ἀντὶ βιβλιογραφικῶν παραπομπῶν δ' ἀναφέρωμεν τὰ κυριώτερα συγγράμματα τὰ ὁποῖα, ἐκτὸς τῶν ἤδη ἀναφερομένων ἐν τῷ τόμῳ Α', συνεβουλευθήμεν διὰ τὴν σύνταξιν τῶν «Μαθημάτων».

1. **Γ. Ἀποστολάκη**: Ἐγχειρίδιον Ἀνατομικῆς τοῦ Ἀνθρώπου. Τόμος Β', Ἀθήναι, 1948.
2. **Ἀπ. Γιαννακοπούλου**: Ἀκτινοδιαγνωστικὴ. Τόμος Α' Ἀθήναι, 1955.
3. **Γ. Σκλαβοῦνου**: Ἀνατομικὴ τοῦ Ἀνθρώπου. Τόμος Β', Ἀθήναι, 1928.
4. **R. Bensaude**: *Maladies de l' Intestin*—Masson éd., Paris, 1939.
5. **F. Blanc et Fr. Siguier**: *L' Amibiase*—Exp. Scient. Française, Paris, 1950.
6. **L. A. Buie**: *Practical Proctology*.— W. B. Saunders, Philadelphia 1938.
7. **A. Cantor**: *Ambulatory Proctology*.— P. Hoeber, New York, 1946.
8. **R. B. H. Grandwohl**: *Clinical Laboratory Methods and Diagnosis*.— Mosby Co, St. Louis, 1948.
9. **Th. Mackie, G. Hunter and C. B. Worth**: *Manual of Tropical Medicine*.—Saunders Co, Philadelphia, 1945.
10. **Ph. Manson—Bahr**: *The Dysenteric Disorders*.—Cassel, London, 1943.
11. **S. Portis**: *Diseases of the Digestive System*.—Lea and Febiger, Philadelphia, 1953.
12. **J. Rachet, A. Busson et Ch. Debray**: *Maladies de l' Intestin et du Péritoine*.—Flammarion, Paris, 1954.
13. **Sh. Sherlock**: *Diseases of the Liver and Biliary System*.—Blackwell, London, 1955.
14. **J. C. Todd, A. Sanford**: *Clinical Diagnosis by Laboratory Methods*.—Saunders, Philadelphia, 1948.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ Α΄

ΜΕΓΑ - ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ

Ἡ αὔξησις γενικῶς τοῦ μεγέθους καὶ τοῦ ὄγκου τοῦ οἰσοφάγου, ἀνεξαρτήτως αἰτιολογίας, χαρακτηρίζει τὴν κλινικὴν καὶ ἀκτινολογικὴν ὄντοτητα, τὴν ὁποίαν καλοῦμεν **μεγα—οἰσοφάγον**.

Λόγῳ τῆς διαφόρου καὶ ποικίλης αἰτιολογίας, ἐξελίξεως καὶ θεραπευτικῆς ἀγωγῆς, διακρίνομεν δύο μεγάλας ομάδας :

α) Μεγα—οἰσοφάγος δευτεροπαθῆς, ὀργανικῆς αἰτιολογίας κλινικῶς ἀντιληπτῆς.

β) Μεγα—οἰσοφάγος πρωτοπαθῆς, λειτουργικῆς αἰτιολογίας. Ἀναλόγως τῆς ἐκάστοτε ὑποστηριζομένης αἰτιολογίας καλεῖται καὶ «ἰδιοπαθῆς διάταξις τοῦ οἰσοφάγου», «καρδίοσπασμος», «φρενόσπασμος» κλπ.

Εἰς τὰς δύο ὡς ἄνω ομάδας ἔνιοι συγγραφεῖς προσθέτουσιν καὶ μίαν τρίτην, σπανίαν καὶ ἀμφισβητουμένην : τὸν συγγενῆ μεγα—οἰσοφάγον.

ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Πρὶν ἢ ἐκθέσωμεν λεπτομερῶς τὴν κλινικὴν εἰκόνα καὶ τὰς κλινικὰς μορφὰς τοῦ μεγα—οἰσοφάγου, τὴν αἰτιολογίαν ὡς καὶ τὴν παθογένειαν τούτου, θὰ προβῶμεν εἰς μίαν σύντομον, ἀλλ' ἀπαραίτητον ὑπόμνησιν τῆς ἀνατομικῆς καὶ φυσιολογίας τοῦ ὄργάνου τούτου.

Κοίλος μυώδης σωλήν, μήκους 25 ἐκ. περίπου καὶ εὗρους 1,5—3 ἐκ., ἀποπεπλατυσμένος κατὰ τὴν ἄνω αὐτοῦ μοῖραν, κυλινδρῶειδῆς πρὸς τὴν κάτω, ὁ οἰσοφάγος ἐκτείνεται κατὰ μῆκος τῆς σπονδυλικῆς στήλης. Τὸ ἄνω ἄκρον αὐτοῦ προσφύεται εἰς τὸν κρικοειδῆ χόνδρον τοῦ λάρυγγος, εἰς τὸ ὕψος τοῦ βου ἀχενικοῦ σπονδύλου. Τὸ κάτω ἄκρον αὐτοῦ συνάπτεται μετὰ τοῦ διαφράγματος καὶ ἥπατος διὰ τοῦ περιτοναίου καὶ καταλήγει ἔναντι τοῦ 11ου θωρακικοῦ σπονδύλου.

Ἡ ὀπισθία ἐπιφάνειά του συνδέεται μετὰ τῆς σπονδυλικῆς στήλης διὰ χαλαροῦ συνδετικοῦ ἰστοῦ ἐν τῷ μέσῳ, πλέον πυκνοῦ εἰς

τά πλάγια. Ὑπάρχουν ἐπὶ πλεον καὶ δεσμίδες ἰνώδεις, ἐλαστικαὶ καὶ μυώδεις, δι' ὧν τὸ τοίχωμα τοῦ οἰσοφάγου συνάπτεται μετὰ τῶν παρακειμένων ὀργάνων καὶ αἰτίνες χρησιμεύουν ὡς ἐπὶ πλεον στήριγμα τούτου.

Ἡ πορεία τοῦ οἰσοφάγου δὲν εἶναι εὐθεῖα. Παρὰ τὴν βᾶσιν τοῦ αὐχένου κλίνει ἐλαφρῶς πρὸς τὰ ἀριστερά, ἵνα ἐπανέλθῃ εἰς τὸ κέντρον κάτωθεν τοῦ ἀορτικοῦ τόξου. Κατὰ τὸ κατώτερον τμήμα τοῦ θώρακος κλίνει ἐκ νέου πρὸς τὰ ἀριστερά, εἰσέρχεται ἐντὸς τοῦ διαφραγματικοῦ τρήματος, ἵνα κατευθυνθῇ ἔμπροσθεν καὶ ἀριστερά. Εἰς τὸ σημεῖον αὐτὸ σχηματίζει ἐνίοτε μίαν ὀξεῖαν γωνίαν, ἣτις θεωρεῖται ὡς εἷς ἐκ τῶν παραγόντων, οἵτινες ἐμποδίζουν τὴν ἐντὸς τοῦ οἰσοφάγου παλινδρόμησιν τοῦ γαστρικοῦ περιεχομένου.

Ἀνατομικῶς εἰς τὸν οἰσοφάγον διακρίνουν τέσσα-
ρας μοίρας (Γ. Σκλαβοῦνος).

- τὴν τραχηλικήν, μήκους 4—4,5 ἐκ.
- τὴν θωρακικήν, μήκους 15—16 ἐκ.
- τὴν διαφραγματικήν, μήκους 1—1,5 ἐκ.
- τὴν κοιλιακήν, μήκους 2—3 ἐκ.

ΑΝΑΤΟΜΙΚΑΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

— Εἰς τὸν τράχηλον : ἀκριβῶς ὀπισθεν τῆς τραχείας καὶ ἔμπροσθεν τῆς σπονδυλικῆς στήλης, ὅπου συνάπτεται μετὰ τῆς προσπονδυλικῆς περιτοναίας. Εἰς τὰ πλάγια καλύπτεται ὑπὸ τῶν δύο λοβῶν τοῦ θυρεοειδοῦς, ἔχει δὲ σχέσεις μετὰ τῶν κάτω θυρεοειδῶν ἀρτηριῶν καὶ τῶν κάτω λαρυγγικῶν νεύρων.

— Εἰς τὸ ἄνω μεσοθωράκιον : ὁ οἰσοφάγος, μετὰ τὴν τραχεῖαν ἔμπροσθέν του, διέρχεται ὀπισθεν τοῦ ἀορτικοῦ τόξου, ἐνῶ ἡ κατιοῦσα ἀορτὴ ἐφάπτεται τοῦ οἰσοφάγου, καθ' ὃν χρόνον ὀδεύει πρὸς τὰ ὀπισθὲν του.

— Εἰς τὸ ὀπίσθιον μεσοθωράκιον : ἔμπροσθεν τοῦ οἰσοφάγου εὐρίσκομεν τὸν διχασμὸν τῆς τραχείας, τὸν ἀριστερὸν βρόγχον, τὸ περικάρδιον καὶ τὸ διάφραγμα. Ὁ ἀριστερὸς κόλπος καὶ τμήμα τῆς ἀριστερᾶς κοιλίας τῆς καρδίας χωρίζονται ὑπὸ τοῦ περικαρδίου. Ὁ ἀνοικτὸς χώρος τοῦ Holzknacht εὐρίσκεται ὀπισθεν, μεταξὺ οἰσοφάγου καὶ σπονδυλικῆς στήλης μετὰ τῶν μυῶν τῆς. Πλησίον τοῦ διαφράγματος ἡ κατιοῦσα ἀορτὴ διέρχεται ἀκριβῶς ὀπισθεν τοῦ οἰσοφάγου. Κατὰ τὴν διαδρομὴν ταύτην οὗτος συνοδεύεται ὑπὸ τῶν δύο πνευμονογαστρικῶν, τοῦ δεξιοῦ ὀπισθεν καὶ τοῦ ἀριστεροῦ ἔμπροσθεν.

μίαν διαστολήν. Ὁ μέγας κίνδυνος κατά μίαν περιοισοφαγικὴν λοίμωξιν εἶναι ἡ πλευρίτις καὶ τὸ ἐμπύημα.

Νευρικὸν σύστημα τοῦ οἰσοφάγου: Τὸ παρασυμπαθητικὸν καὶ τὸ συμπαθητικὸν σύστημα προσφέρουν εἰς τὸν οἰσοφάγον κινητικούς καὶ ἀνασταλτικούς κλάδους. Ὡς διαπιστοῦται ἀκτινολογικῶς, ἡ ἄνω καὶ ἡ κάτω μοῖρα τοῦ οἰσοφάγου δὲν συμπεριφέρονται ὁμοιόμορφως. Τοῦτο ὀφείλεται ὄχι μόνον εἰς τὴν διάφορον νεύρωσιν, ἀλλὰ καὶ εἰς τὸ ὅτι ποικίλλει καὶ αὐτὴ αὕτη ἡ μυϊκὴ κατασκευὴ τοῦ ὄργάνου.

Τὰ νεῦρα τῆς ἀύχενικῆς μοῖρας προέρχονται ἐκ τῶν κάτω λαρυγγικῶν—κλάδων τῶν πνευμονογαστρικῶν—καὶ ἐκ τῆς ἀύχενικῆς μοῖρας τοῦ συμπαθητικοῦ. Τὰ τῆς θωρακικῆς καὶ κοιλιακῆς μοῖρας προέρχονται ἐκ τοῦ θωρακικοῦ τμήματος τοῦ στελέχους τῶν πνευμονογαστρικῶν καὶ τοῦ συμπαθητικοῦ.

Τὰ ἐκ διαφόρων πειραματικῶν ἐρευνῶν προκύπτοντα συμπεράσματα ἐπὶ τῆς δράσεως τῶν πνευμονογαστρικῶν, μετὰ τὴν τομὴν ἢ τοῦναντίον μετὰ τὴν διέγερσίν των, πολλάκις ἀλληλοσυγκρούονται. Γενικῶς, ὅμως, δυνάμεθα νὰ εἴπωμεν, ὅτι ἡ τομὴ προκαλεῖ παράλυσιν τοῦ οἰσοφάγου. Κατόπιν διπλῆς διατομῆς παρατηρεῖται χαλάρωσις τῆς ἄνω μοῖρας καὶ σύσπασις τῆς κάτω, διαρκείας 5—6 ὥρων. Ὁ εἰς τινὰ σημεῖα ἐρεθισμὸς προκαλεῖ συσπάσεις, ἐνίοτε τετανικὰς, μοῖρας τινὸς ἢ καὶ ὀλοκλήρου τοῦ οἰσοφάγου.

Τὸ ἄνω τμήμα τῆς ἀύχενικῆς μοῖρας τοῦ οἰσοφάγου νευροῦται ὑπὸ τοῦ φαρυγγικοῦ—κλάδου τοῦ πνευμονογαστρικοῦ—τὸ δὲ κατώτερον ὑπὸ τοῦ παλινδρόμου καὶ τοῦ Χ. Ὁ ἐρεθισμὸς τοῦ κεντρικοῦ τμήματος τοῦ Χ προκαλεῖ τετανικὴν σύσπασιν, εἰς τὴν ὁποίαν ὅμως δὲν συμμετέχει ἡ ἀύχενικὴ μοῖρα τοῦ οἰσοφάγου, ἐὰν προηγηθῇ τομὴ τοῦ φαρυγγο—οἰσοφαγικοῦ νεύρου.

Τὸ συμπαθητικὸν θεωρεῖται γενικῶς ὡς ὁ ἀνταγωνιστὴς τοῦ Χ. Ἡ διπλῆ ὅμως διατομὴ τῶν σπλαγχνικῶν δὲν ἐπηρεάζει τὴν κινητικότητα τοῦ οἰσοφάγου, ὅπως ἐπίσης καὶ τὸν μηχανισμόν διανοίξεως τοῦ καρδιακοῦ στομίου. Τὰ δύο συστήματα—παρασυμπαθητικὸν καὶ συμπαθητικὸν—δὲν εἶναι ἀνταγωνιστὰ, ἔχουν δὲ ὡς κύριον ρόλον τὴν διατήρησιν τῆς ἰσορροπίας τοῦ τόνου (Danielopolu). Ἀνατομικῶς, ἐξ ἄλλου, εἶναι ἀδύνατος ὁ διαχωρισμὸς τῶν δύο αὐτῶν νευρικῶν συστημάτων.

Ὁ ρόλος τοῦ αὐτονόμου νευρικοῦ συστήματος δὲν ἔχει ἐπίσης εἰσέτι διευκρινηθῆ. Οὕτως, ἐνῶ ὁ Magnus θεωρεῖ τὸ πλέγμα τοῦ Auerbach ὡς τὴν ἕδραν τοῦ αὐτοματισμοῦ, ὁ Alvarez δὲν ἀναγνώ-

ρίζει εις τοῦτο παρά μόνον ρόλον μεταβιβάσεως καὶ συγχρονισμοῦ τῆς λειτουργίας τῶν διαφόρων μοιρῶν τοῦ οἰσοφάγου.

Διάφορον ἐπίσης ἐπίδρασιν ἐπὶ τοῦ οἰσοφάγου ἔχουν ὠρισμένα φάρμακα. Οὕτως ἡ ἀτροπίνη δὲν φαίνεται νὰ ἔχη οἰανδήποτε ἐπίδρασιν ἐπὶ τοῦ οἰσοφάγου, ὅπως καὶ τὸ κουράριον καὶ ἡ παπαβερίνη. Ἡ ἀδρεναλίνη, δι' ἐρεθισμοῦ τοῦ περιφερικοῦ συμπαθητικοῦ, προκαλεῖ ταχεῖαν ἐκκένωσιν τοῦ περιεχομένου τοῦ οἰσοφάγου ἐντὸς τοῦ στομάχου. Κατὰ τὸν Danielopolu, ἐξ ἄλλου, τὰ πλεῖστα τῶν φαρμάκων ἔχουν ἀμπίτροπον ἐπίδρασιν, δηλαδὴ ἡ δράσις τῶν ποικίλλει ἀναλόγως τῆς δόσεως. Οὕτως ἡ ἀδρεναλίνη, ἡ ἐζερίνη, ἡ πιλοκαρπίνη, εἰς μικρὰς μὲν δόσεις δροῦν ἐπὶ τοῦ παρασυμπαθητικοῦ, εἰς μεγάλας δὲ δόσεις ἐπὶ τοῦ συμπαθητικοῦ.

Δεδομένου, ὅμως, ὅτι τὰ διάφορα ἀνάλογα πειράματα διαφέρουν εἰς τὰ ζῶα, θὰ πρέπη νὰ εἴμεθα λίαν διστακτικοὶ πρὶν ἢ μεταφέρωμεν τὰ ἀποτελέσματά των εἰς τὸν ἄνθρωπον.

Βασιζόμενοι εἰς ἀκτινολογικὰς μελέτας τοῦ ἀνθρωπίνου οἰσοφάγου, κατόπιν χορηγήσεως διαφόρων φαρμάκων, δυνάμεθα νὰ καταλήξωμεν εἰς τὰ ἑξῆς συμπεράσματα :

— ὁ ἐρεθισμὸς τοῦ πνευμονογαστρικοῦ προκαλεῖ ὑπερτονίαν καὶ ὑπερπερισταλισμὸν τοῦ οἰσοφάγου μετὰ συγχρόνου χαλαρώσεως τῶν σφιγκτῆρων.

— ἡ διατομή —φυσιολογικὴ ἢ χειρουργικὴ— τῶν σπλαγχνικῶν προκαλεῖ ὑπερπερισταλισμὸν καὶ διάνοξιν τοῦ καρδιακοῦ στομίου.

* *

Ἐγγεῖα τοῦ οἰσοφάγου. Ἡ λεπτομερὴς μελέτη τούτων ἀπέκτησε προσφάτως (ιδιάζουσαν σημασίαν, λόγω τῶν σημερινῶν λίαν τολμηρῶν χειρουργικῶν ἐπεμβάσεων, ἰδίως εἰς περιπτώσεις καρκίνου τοῦ οἰσοφάγου.

Πέντε κυρίως ἀρτηρίαι ἐξασφαλίζουν τὴν δι' αἵματος ἄρδουσιν τοῦ οἰσοφάγου (Shapiro καὶ Robillard, 1950) : ἡ κάτω θυρεοειδῆς (κυρίως δεξιὰ) —κλάδος τῆς ὑποκλειδίου—, ἡ δεξιὰ βρογχική (ἢ ἀρτηρία, ἡ ἀνω δωρακο—οἰσοφαγική, ἡ κάτω καὶ ἡ ἀριστερὰ γαστρική. Εἰς ἴσον ἀριθμὸν περιπτώσεων ὑπάρχουν παραπληρωματικοὶ κλάδοι ἐκ τῆς ὑποκλειδίου (ἀριστερᾶς καὶ δεξιᾶς), τῆς θυρεοειδοῦς, τῆς ἀριστερᾶς βρογχικῆς, τῆς κάτω φρενικῆς. Ἐκ τῆς κάτω θυρεοειδοῦς ἐκκινεῖ ἐπιμήκης κλάδος, ὅστις προσφέρει αἷμα εἰς τὸν οἰσοφάγον καὶ τὴν τρεχίαν καὶ ἀναστομοῦται μετὰ τοῦ βρογχικοῦ κλάδου.

Αἱ φλέβες τοῦ οἰσοφάγου σχηματίζουν ἐν ὑποβλεννογό-

νιον καὶ ἔν περιοισοφαγικόν πλέγμα, ἐκβάλλουσαι, τοῦ μὲν κάτω τριτημορίου διὰ τῆς στεφανιαίας φλεβὸς τοῦ στομάχου ἐντὸς τῆς πυλαίας, τῶν δὲ δύο ἄνω τριτημορίων εἰς τὰς κάτω θυροειδεῖς, τὰς περικαρδιακάς, τὰς βρογχικάς, τὰς ἀζύγους καὶ τὰς φρενικάς φλέβας.

Τὰ λεμφαγγεῖα ἀκολουθοῦν τρεῖς ὁδοὺς : ἡ ἄνω μοῖρα ἐκβάλλει ἐντὸς τῆς ἐν τῷ βάθει τραχηλικῆς ἀλύσου, ἡ θωρακικὴ μοῖρα εἰς τὰ βρογχικά καὶ ὀπίσθια λεμφογάγγλια, ἡ δὲ κατωτέρα μοῖρα εἰς τὰ ἄνω γαστρικά. Εὐνόητος εἶναι ἡ σημασία τῆς ἀναζητήσεως τῶν λεμφογαγγλίων τούτων, διὰ τὴν διαπίστωσιν μεταστάσεων εἰς περίπτωσιν καρκίνου τοῦ οἰσοφάγου.

* *

Κατὰ μῆκος τοῦ οἰσοφάγου παρατηροῦνται τρία φυσιολογικὰ σημεῖα στενώσεως τούτου :

— Τραχηλικὴ στένωσις, εἰς τὸ ὕψος τοῦ κρικοειδοῦς χόνδρου,

— Θωρακικὴ στένωσις, εἰς τὸ ὕψος τοῦ 3ου θωρακικοῦ σπονδύλου παρά τὸ ἀορτικὸν τόξον καὶ τὴν διασταύρωσιν τοῦ ἀριστεροῦ βρόγχου,

— Ἡ τελικὴ, εἰς τὸ σημεῖον ὅπου ὁ οἰσοφάγος διέρχεται διὰ τοῦ διαφράγματος.

* *

Ἐκτὸς ὁμῶς τῶν τριῶν αὐτῶν φυσιολογικῶν σημείων στενώσεως τοῦ οἰσοφάγου, ὑπάρχουν καὶ ἕτεραι τρεῖς μοῖραι, ὅπου οὗτος πιέζεται ὑπὸ τῆς καρδίας ἢ ἀγγείων καὶ αἵτινες δὲν πρέπει νὰ συγχέωνται μὲ τὰς ἀνατομικὰς στενώσεις.

Πράγματι, ἡ ἀκτινοσκοπικὴ ἐξέτασις τοῦ οἰσοφάγου, κατὰ τὰς καρδιακάς παθήσεις, εἶναι πλέον ἢ ἀπαραίτητος, δεδομένου ὅτι μία ἀνώμαλος μετατόπισις του ἢ πίεσις συμβάλλει εἰς τὴν διάγνωσιν ποικίλων τύπων διατάσεως τῆς καρδίας καὶ τῶν μεγάλων ἀγγείων.

— Εἰς περίπτωσιν διατάσεως τῆς ἀορτῆς, ἡ πίεσις κατὰ τὴν ἄνω μοῖραν τοῦ οἰσοφάγου αὐξάνει καὶ οὗτος μετατοπίζεται πρὸς τὰ δεξιὰ καὶ ὀπίσθεν.

— Ἡ δευτέρα ζώνη πίεσεως, κάτωθεν ἀκριβῶς τῆς ὑπὸ τῆς ἀορτῆς δημιουργουμένης στενώσεως, προκαλεῖται ἀπὸ τὴν πνευμονοκίην ἀρτηρίαν. Ἡ πίεσις αὕτη αὐξάνει εἰς περίπτωσιν στενώσεως τῆς μιτροειδοῦς, συγγενοῦς καρδιοπαθείας, πνευμονικοῦ

έμφυσηματος, βρογχοκήλης και άνευρύσματος τῆς πνευμονικῆς ἀρτηρίας.

— Ἡ τρίτη ζώνη πίεσεως εὐρίσκεται ἀκριβῶς κάτωθεν τῆς ὑπὸ τῆς πνευμονικῆς ἀρτηρίας προκαλουμένης. Ὄφειλται εἰς τὴν πίεσιν τοῦ ἀριστεροῦ κόλπου καὶ λαμβάνει τὸ σχῆμα μιᾶς εὐρείας καὶ ἀβαθοῦς καμπύλης. Κατὰ τὴν στένωσιν τῆς μιτροειδοῦς ἡ ζώνη αὕτη πίεσεως αὐξάνει βαθυνομένη ἐφ' ὅσον ὁ οἰσοφάγος μετατοπίζεται πρὸς τὰ ὄπισθεν ὑπὸ τοῦ διευρυνθέντος ἀριστεροῦ κόλπου.

Αἱ στενώσεις αὗται τοῦ οἰσοφάγου διακρίνονται σαφέστερον κατὰ τὴν προσθίαν ἀριστερὰν προβολήν. Ἀνώμαλοι, ἐξ ἄλλου, παρεκκλίσεις τοῦ θωρακικοῦ οἰσοφάγου δυνατὸν νὰ παρατηρηθοῦν εἰς περιπτώσεις κυφώσεως, σκολιώσεως καὶ νόσου τοῦ Pott.

* *

Ἐκ τῆς κλινικῆς ἀπόψεως, ἰδιαιτέρως δὲ προκειμένου νὰ λάβῃ χώραν οἰσοφαγοσκόπησις, δεόν νὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψει τὰς ἐξῆς ἀποστάσεις, μὲ σημεῖον ἐκκινήσεως τοῦς ὀδόντας: πρὸς τὴν εἴσοδον τοῦ οἰσοφάγου 15 ἐκ., πρὸς τὸ σημεῖον διασταυρώσεως τοῦ οἰσοφάγου μετὰ τοῦ ἀριστεροῦ βρόγχου 22,5 ἐκ., πρὸς τὸ σημεῖον διασταυρώσεως τοῦ μετὰ τοῦ διαφράγματος 35—37,5 ἐκ., πρὸς δὲ τὸ καρδιακὸν στόμιον 40 ἐκ.

* *

Τὸ τρῆμα τοῦ διαφράγματος, μέσῳ τοῦ ὁποίου ὁ οἰσοφάγος εἰσέρχεται ἐντὸς τῆς κοιλίας, σχηματίζεται κυρίως ἀπὸ ἓν χάσμα μεταξὺ τῶν ἴνων τοῦ δεξιοῦ σκέλους. Εἰς ἐκάστην πλευρὰν αἱ ἴνες αὗται ἔχουν εὐρὺ χεῖλος καὶ σχηματίζουν οὕτως αὐλακα μήκους 1,5—2 ἐκ. Ἐνταῦθα τοῦ ἀριστεροῦ σκέλους διασταυροῦνται μετὰ τοῦ δεξιοῦ. Ὁ ἀριστερὸς λοβὸς τοῦ ἥπατος κεῖται ἔμπροσθεν καὶ συμβάλλει εἰς τὴν ἀπόφραξιν τοῦ οἰσοφάγου, ὡς ἂν συσπᾶται τὸ διάφραγμα. Τὰ τελευταῖα 3 ἐκ. περίπου τοῦ οἰσοφάγου περιβάλλονται, ἐξ ἄλλου, ὑπὸ μιᾶς ἰνο—ελαστικῆς θήκης, γνωστῆς ὡς οἰσοφαγο—διαφραγματικῆς μεμβράνης. Αὕτη ἐκκινεῖ ἐκ τῆς κάτω ἐπιφανείας τοῦ διαφράγματος, περὶ τὸ τρῆμα, διαιρουμένη εἰς ἀνιούσαν καὶ κατιούσαν μοῖραν. Ἡ ἀνιούσα προσφύεται εἰς τὸν ἐξωτερικὸν καὶ πρόσθιον χιτῶνα τοῦ οἰσοφάγου, 2 ἐκ. περίπου ὑπερθεῖν τοῦ διαφράγματος. Ἐμποδίζει τὴν ἐντὸς τοῦ θώρακος ἕλξιν τοῦ στομάχου κατὰ τὴν κάθοδον τοῦ διαφράγματος καὶ κατὰ τὴν σύσπασιν τῶν ἐπιμήκων μυϊκῶν ἴνων τοῦ οἰσοφάγου. Ἡ κατιούσα μοῖρα τῆς μεμβράνης προσφύεται εἰς τὸν στόμαχον. Μεταξὺ τῶν ἴνων τῆς

ὑπάρχει ἐναπόθεσις λίπους, ὅπερ χρησιμεύει ὡς πῶμα κατὰ τῆς αὐξανομένης ἐνδοκοιλιακῆς πίεσεως.

Ὁ σφιγκτήρ τοῦ καρδιακοῦ στομίου. Ἡ παρά τὸ σημεῖον τοῦτο ὑπαρξίς σφιγκτήρος ἀμφισβητεῖται, δεδομένου ὅτι τοιοῦτος, ὑπὸ τὴν πραγματικὴν ἀνατομικὴν ἔννοιαν, δὲν φαίνεται νὰ ὑπάρξη· ἀλλὰ εἰς ἐνδογενῆς μηχανισμός, ὅστις καὶ παρεμποδίζει τὴν παλινδρόμησιν τῶν γαστρικῶν περιεχομένων. Σημαντικὸς παράγων θεωρεῖται ὑπὸ πολλῶν ἢ ὑπὸ τοῦ διαφράγματος περίσφιγξις. Οἱ ἀκτινολόγοι ὅμως παρατηροῦν, ἀρκετὰ συχνά, μικρὰν στήλην βαρίου παραμένουσαν ἐντὸς τῆς κατωτέρας μοίρας τοῦ οἰσοφάγου, μὴ ἐπιρραζομένην ἀπὸ τὰς ἀναπνευστικὰς συσπάσεις τοῦ διαφράγματος. Ὁ βαριοδχος οὗτος πόλτος εἰσέρχεται ἐντὸς τοῦ στομάχου, ὅταν τὸ ὑπὸ τῆς καταπόσεως προκληθὲν περισταλτικὸν κύμα ἐπιτρέψη τὴν χαλάρωσιν τοῦ λεγομένου σφιγκτήρος.

Γενικῶς δυνάμεθα νὰ εἰπώμεν, ὅτι εἰς τὸν ἄνθρωπον δὲν ὑπάρχει παρά τὸ καρδιακὸν στόμιον κυκλοτερῆς μῦς. Ὑπάρχει ὅμως παρά τὸ σημεῖον ἐνώσεως οἰσοφάγου καὶ στομάχου κάποιος λειτουργικὸς μηχανισμός. Ἡ λειτουργία αὕτη εἰς τινα ἄτομα φαίνεται ὅτι εἶναι ἐλαττωματικὴ ἢ ἀσθενῆς, ἐξ οὗ εἰς ταῦτα καὶ οἱ εὐκολοὶ ἔμετοι καὶ αἱ ἀναγωγαί.

Αἱ κινήσεις τοῦ οἰσοφάγου. Περιγράφονται τρεῖς κινήσεις :

α) Ἡ διέλευσις τοῦ βλωμοῦ διὰ τοῦ οἰσοφάγου ἀποτελεῖ τὸν πρῶτον χρόνον τῆς καταπόσεως, τὸν οἰσοφαγικόν, ὅστις ἔπεται τοῦ φαρυγγικοῦ. Ὁ βλωμός ἀπώθειται ἐντὸς τοῦ οἰσοφαγικοῦ στομίου, ὃ δὲ φάρυγξ ἀνυψούμενος ἔμπροσθέν του σμικρύνεται. Τὰ τρήματα ἐπικοινωνίας μετὰ τῆς στοματικῆς κοιλότητος καὶ τῶν ἀεροφόρων ὁδῶν ἀποφράσσονται. Ὄταν ὁ κάτω σφιγκτήρ συσπᾶται, οἱ κρικοφαρυγγικοὶ μύες, οἱ ἀποφράσσοντες τὸ οἰσοφαγικὸν στόμιον, χαλαροῦνται καὶ ὁ βλωμός εἰσέρχεται ἐντὸς τοῦ οἰσοφάγου. Ἡ ἐθελουσία αὕτη πρᾶξις καταπόσεως προκαλεῖ ἐν πρωτοπαθῆς περισταλτικὸν κύμα, ὅπερ ἀρχεται εἰς τὸ ἄνω τριτημόριον τοῦ οἰσοφάγου καὶ συνεχίζεται καθ' ὅλον αὐτοῦ τὸ μήκος, πλὴν ἴσως τῶν τελευταίων 2 ἕως 3 ἐκ. αὐτοῦ. Ὁ βλωμός παρασύρεται ἀπὸ τὰς περισταλτικὰς κινήσεις, σημειοῖ μίαν ἐλαφρὰν στάσιν παρά τὴν φυσιολογικὴν ἐτένωσιν τοῦ ἀορτικοῦ τόξου, ἐν συνεχείᾳ ἐπιταχύνεται, ἵνα σημειώσῃ ἐτέραν ἐλαφρὰν στάσιν παρά τὸ διάφραγμα, τὸ καρδιακὸν στόμιον ἀνοίγει ἀποτόμως —κατὰ τὴν εἰσπνοὴν ἢ τὴν ἐκπνοὴν κατὰ διαφόρους συγγραφεῖς— καὶ οὕτως εἰσέρχεται ἐντὸς τοῦ στομάχου. Ὁλόκληρος αὕτη ἢ διαδρομὴ διαρκεῖ 2—4 δευτερόλεπτα, ἐνίοτε 6—9. Ἐφ' ὅσον τὸ πρωτοπαθῆς κύμα προχωρεῖ, ἢ ὑπερθεν τούτου μοῖρα τοῦ οἰσοφάγου παραμένει εἰς κατάστασιν

συσπάσεως. Ὑπὸ τινῶν τὸ κύμα τοῦτο θεωρεῖται ὡς μία προοδευτικὴ τετανικὴ σύσπασις.

β) Τὸ δευτεροπαθὲς κύμα ἐκκινεῖ ἐκ τῆς μοίρας τοῦ ἀορτικοῦ τόξου καὶ περιορίζεται εἰς τὸν λείον μῦν. Προκαλεῖται ἀπὸ τὴν παρουσίαν τροφῶν καὶ εἰς τὴν μοῖραν ταύτην τοῦ οἰσοφάγου καὶ εἶναι τῆς αὐτῆς φύσεως μὲ τὸ εἰς τὴν μοῖραν ταύτην τοῦ οἰσοφάγου καὶ εἶναι τῆς αὐτῆς φύσεως μὲ τὸ πρωτοπαθὲς, συνιστάμενον εἰς μίαν σύσπασιν κατευθυνομένην πρὸς τὸ καρδιακὸν στόμιον. Διὰ τῆς κυμογραφίας ἀπεδείχθη, ὅτι τῶν κυμάτων τούτων δὲν προηγούνται ἄλλα χαλαρώσεως. Ἐπομένως δὲν ὁμοιάζουν μὲ τὰ περισταλτικὰ κύματα τὰ παρατηρούμενα εἰς ἄλλας μοίρας τοῦ πεπτικοῦ σωληνοῦς.

γ) Τὰ τριτοπαθῆ κύματα λαμβάνουν ὡσαύτως γένεσιν εἰς τὸν λείον μῦν. Πρόκειται περὶ μικρῶν σπειροειδῶν συσπάσεων, αἵτινες ἐμφανίζονται ὅταν ὁ οἰσοφάγος διατείνεται καὶ διαρκοῦν ὀλίγα δευτερόλεπτα μέχρι λεπτῶν τινῶν. Διὰ τῆς γραφικῆς μεθόδου παρατηρήθησαν ἐπίσης τοπικαὶ ταχέαι συσπάσεις τοῦ κυκλοτεροῦς μυῶς τοῦ οἰσοφάγου, διαρκείας μικροτέρας τῶν δύο δευτερολέπτων.

Κατὰ τὴν ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν καὶ εἰς ὀρθίαν θέσιν, εἶναι σαφές, ὅτι τὸ βάρος παίζει σημαντικὸν ρόλον, ἐπιταχύνον τὴν διαδρομὴν τῶν ὑγρῶν. Ἐφ' ὅσον διέρχεται ὁ βαριούχος πόλτος, ὁ οἰσοφάγος φαίνεται συσπόμενος κατὰ μεγάλας μοίρας. Ἡ χαλάρωσις τοῦ λεγομένου σφικτικῆρος τοῦ καρδιακοῦ στομίου δυνατὸν νὰ προκληθῆ ἐκ τῆς ἕλξεως τοῦ λάρυγγος κατὰ τὴν κατάποσιν, δεδομένου ὅτι εἰς τὰ φυσιολογικὰ ἄτομα δὲν παρατηρεῖται καθυστέρησις τοῦ βαρ. πόλτου, ὅστις εἰσέρχεται κατ' εὐθείαν ἐντὸς τοῦ στομάχου. Ἡ χαλάρωσις τοῦ καρδιακοῦ στομίου διατηρεῖται, ἐὰν καὶ ἐφ' ὅσον ἐπαναλαμβάνονται ταχέως αἱ κινήσεις καταπόσεως.

Κατὰ τὴν πρηνῆ θέσιν ἡ ταχύτης τῶν περισταλτικῶν κινήσεων ἐλαττοῦται σημαντικῶς. Τὸ βάριον ἀπωθεῖται ὑπὸ σταθεροῦ καὶ κατερρομένου περισταλτικοῦ κύματος, οὗτινος δὲν προηγεῖται χαλάρωσις. Εἰς περιπτώσιν ἀναγωγῆς παρατηροῦνται δευτερεύοντα περισταλτικὰ κύματα, ὅπου τὸ βάριον ἀνέρχεται ὑπερθεῖν τοῦ ἀορτικοῦ τόξου. Ἡ ἐκεῖ ἀφίξις τοῦ ἐνισχύει ἕν περισταλτικὸν κύμα, ὃπερ ἐπαναφέρει τὸ ὑγρὸν τοῦτο ταχύτατα, ἐντὸς τοῦ στομάχου.

Ἐκτός τῶν ὡς ἄνω περισταλτικῶν κινήσεων, τὰ τοιχώματα τοῦ οἰσοφάγου παρουσιάζουν καὶ ἄλλας διαφόρους κινήσεις ὀφειλομένης :

— εἰς τὰς ἀναπνευστικὰς κινήσεις, ὅπου ἀπομακρύνονται κατὰ τὴν εἰσπνοὴν καὶ συγκλίνουν κατὰ τὴν ἐκπνοήν,

— εἰς τὰς σφύξεις τῆς ἀορτῆς παρὰ τὸ σημεῖον διασταυρώσεως μετὰ τοῦ τόξου,

— εἰς τὴν φωνήν, ὅπου ἐπικρατοῦν παρὰ τὸ κατώτατον τριτημόριον,

— τέλος, δέον νὰ σημειωθῆ ἡ ἄμεσος ἀλληλεξάρτησις τοῦ οἰσοφαγικοῦ στομίου καὶ τοῦ καρδιακοῦ τοιοῦτου. Οὕτως εἰς περιπτώσιν παθήσεως τοῦ καρδιακοῦ στομίου μετὰ σπασμοῦ, παρατηρεῖται συχνὰ καὶ σπασμὸς τοῦ οἰσοφαγικοῦ στομίου.

* *

Ὅπως εἶπομεν καὶ προηγουμένως, παρὰ τὸ σημεῖον ἐνώσεως οἰσοφάγου — στομάχου ὑπάρχει εἰς ἴδιος μηχανισμὸς ἐλέγχου. Τέσ-

σαρες διάφοροι παράγοντες προστατεύουν την είσοδον ἐντός τοῦ στομάχου, ἐμποδίζοντας συγχρόνως τὴν ἐντός τοῦ οἰσοφάγου παλινδρόμησιν τοῦ γαστρικοῦ περιεχομένου.

α) Ὁ λεγόμενος καρδιακὸς σφιγκτήρ — τὸ κατώτερον τμήμα τοῦ κυκλοτεροῦς μύος τοῦ οἰσοφάγου — ἔχει μικρὰν σημασίαν διὰ τὸν μηχανισμόν τοῦτον.

β) Ἡ ἐν εἴδει συσφιγκτικῆς βαλβίδος (Pinch — cock) δράσις τοῦ διαφράγματος. Τὸ ἀριστερὸν σκέλος τοῦ διαφράγματος διέρχεται ὑπερθεν πρὸς τὴν ἀριστερὰν πλευρὰν καὶ διαχωρίζεται εἰς δύο πυκνὰ μυϊκὰ σκέλη, ἅτινα περισφίγγουν τὴν τελικὴν μοῖραν τοῦ οἰσοφάγου συσπώμενα κατὰ τὴν εἰσπνοήν.

γ) Ἡ γωνία, ἡ σχηματιζομένη μεταξύ οἰσοφάγου καὶ στομάχου, εἶναι μεγίστης σημασίας, διότι δημιουργεῖ βαλβιδικὸν σύστημα διανοίξεως. Ὄταν ὁ στόμαχος διατείνεται, αὐξάνει τὴν γωνίαν ταύτην καὶ ἀποφράσσει τὴν εἴσοδον πρὸς τὸν οἰσοφάγον, ἐμποδίζων τοιουτοτρόπως τὴν παλινδρόμησιν τοῦ γαστρικοῦ περιεχομένου. Ὁ παράγων οὗτος ἐξηγεῖ διατὶ ὑπάρχει ἐλευθέρως παλινδρόμησις εἰς περίπτωσιν διαφραγματοκῆλης «ἐξ ὀλισθήσεως» καὶ οὐχὶ εἰς τὴν «παραοἰσοφαγικὴν».

δ) Αἱ πλάγια ἐνδογαστρικὰ μυϊκὰ Ἴνες ἐνισχύουν τὸν 3ον παράγοντα. Δροῦν ὡς ὁ ἠβοευθυϊκὸς μῦς, διότι, ὅταν συσπῶνται, αὐξάνουν τὴν γωνίαν μεταξύ οἰσοφάγου καὶ στομάχου.

Οἱ τέσσαρες οὗτοι παράγοντες ἀποκτοῦν ὅλως ἰδιάζουσας σημασίαν προκειμένου νὰ λάβῃ χώραν χειρουργικὴ ἐπέμβασις διὰ τὴν θεραπείαν τοῦ καρδιοσπασμοῦ.



Ἡ αἰσθητικότης τοῦ οἰσοφάγου. Εἰς τὰ φυσιολογικά ἄτομα, κατὰ τὴν ἀνάπαυσιν ἢ κατὰ τὴν κατάποσιν, ὁ οἰσοφάγος εἶναι τελείως ἀναίσθητος εἰς τὴν διάτασιν, τὴν ἐπαφὴν, οὐχὶ ὁμως καὶ εἰς τὴν θερμότητα. Μερικὰ ἄτομα, μολαταῦτα, «αἰσθάνονται» τὸν οἰσοφάγον των κατὰ τὴν κατάποσιν ἢ καὶ ἄνευ ταύτης, ὑποδεικνύουν δὲ ἕν σημεῖον ἐλάχιστον ἐπώδυνον ἢ ἐν βάρος, ὑπερπροβάλλει ἐπὶ τῆς προσθίας ἐπιφανείας. Τὸ αἶσθημα τοῦτο ἀντανακλᾶται, ἐνίοτε, πρὸς τὸν τράχηλον, τὸ οὗς ἢ προσλαμβάνει τοὺς χαρακτηριστικὰς συσφίξεως παρὰ τὸ στόμιον τοῦ οἰσοφάγου. Ἡ ἀναγωγή, ἐξ ἄλλου, τοῦ βαριούχου πόλτου ἐντός τοῦ οἰσοφάγου δὲν προκαλεῖ συνήθως ἐνοχλήματα. Ὅσον ἀφορᾷ τὸ αἶσθημα καύσου κατὰ μῆκος τοῦ οἰσοφάγου, οἱ Payne καὶ Rouillon τὸ ἀποδίδουν εἰς περισταλτικὰς συσπάσεις.

Εἰς περιπτώσεις ὀργανικῆς βλάβης δυνατὸν νὰ παρατηρηθῇ πόνος, εἴτε παρὰ τὴν ἔδραν τῆς βλάβης εἴτε εἰς μικρὰν ἀπόστασιν. Οὗτω καρκίνος τοῦ πυθμένου τοῦ στομάχου, ἐπεκτεινόμενος καὶ πρὸς τὸν οἰσοφάγον, προκαλεῖ πόνον εἰς τὴν ἄνω μοῖραν τούτου. Μία ἐλαστικὴ σφαῖρα

έντός του οισοφάγου, μετρίως διατεταμένη, δέν προκαλεί ἐνόχλημά τι. Κατά τὰς ἐντόνους ὁμως συσπάσεις τοῦ οισοφάγου, τὸ ἄτομον τοῦτο ἔχει τὴν ἐντύπωση ὅτι κάτι τὸ ἐμποδίζει, ὕψηλά, παρὰ τὸν λαϊμόν.

Ἡ εὐαισθησία τοῦ οισοφάγου διεγείρεται—ἐὰν ἡ τεχνητὴ διάτασις τοῦτου ὑπερβῇ μίαν ὠρισμένην πίεσιν, κυμαινομένην μεταξύ 44 καὶ 55 χιλιο-
του σιῶν Hg. Παρατηρεῖται τότε πόνος ἐντοπιζόμενος εἰς τὸ στέρνον καὶ τὸ
ἐπιγάστριον. Τὸ τοίχωμα τοῦ οισοφάγου εἶναι, ἐξ ἄλλου, εὐαίσθητον εἰς
τὴν θερμότητα. Ὑπὸ τὴν ἐπίδρασιν ἐπίσης ψυχικῶν παραγόντων—ἰδίως τοῦ
φοβου— παρατηροῦνται συσπάσεις τοῦ οισοφάγου.

Τέλος, ὑπάρχουν ὠρισμένα ἀνανακλαστικά, ὅπως οἰσοφάγου—σιελο-
γόνων ἀδένων (ἀφθονος σιαλόρροια κατὰ τὰς παθήσεις τοῦ οισοφάγου),
οἰσοφαγο—κινητικόν (κατόπιν διατάσεως τοῦ οισοφάγου ἐμφάνισις, μετὰ
τινα λεπτά, ἐξανθήματος, κυρίως ἐπὶ τοῦ θώρακος), οἰσοφαγο—καρδιακόν
τινα λεπτά, ἐξανθήματος, κυρίως ἐπὶ τοῦ θώρακος), οἰσοφαγο—καρδιακόν
(ἐπιτάχυνσις τοῦ σφυγμοῦ καὶ ὕψωσις τῆς ἀρτηριακῆς πίεσεως κατὰ τὴν
διάτασιν τοῦ οισοφάγου), οἰσοφαγο—δακρυγόνον (πρόκλησις δακρύων κατὰ
τὸν καθετηριασμόν τοῦ οισοφάγου).

ΚΛΙΝΙΚΑΙ ΜΟΡΦΑΙ ΤΟΥ ΜΕΓΑ — ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Ὁ μεγα—οισοφάγος, ἀπὸ ἀπόψεως συχνότητος τῶν νόσων τοῦ
ὀργάνου τοῦτου, ἔρχεται δεύτερος μετὰ τὸν καρκίνον. Ὅπως ὁμως
εἶπομεν καὶ ἐν τῇ ἀρχῇ, ὑπὸ τὸ γενικόν τοῦτο ὄνομα συμπεριλαμ-
βάνομεν νοσήματα διάφορα ἀπὸ ἀπόψεως αἰτιολογίας, ἐξελιξέως
καὶ θεραπευτικῆς ἀγωγῆς.

Ἱστορικόν. Ἡ πρώτη κλινικὴ παρατήρησις μεγα—οισοφάγου φαίνεται
ὅτι ἐδημοσιεύθη τὸ 1672 ὑπὸ τοῦ Ἀγγλοῦ Willis. Οὗτος ἀναφέρει τὴν περί-
πτωσιν ἀρρώστου, ὅστις ἀπὸ πολλῶν ἐτῶν παρεπονείτο διὰ δυσφαγίαν. Ἴνα
τραφῇ ἐχρησιμοποιοῖε σπόγγον προσδεδεμένον εἰς ἕν λεπτόν καὶ ἐπίμηκες
δοσοῦν φαλαίνης, διὰ τοῦ ὁποίου προώθει τὰς τροφὰς ἐντὸς τοῦ στομάχου,
προβαίνων οὕτως εἰς ἕν εἶδος τεχνητῆς διαστολῆς τοῦ καρδιακοῦ στομίου.
Χάρις εἰς τὴν πρόδρομον ταύτην τεχνικὴν ὁ ἀρρώστος ἐπέζησε πλέον τῶν
15 ἐτῶν.

Ἀνατομικὰ παρασκευάσματα μεγα—οισοφάγου ἐπεδείχθησαν τὸ πρῶ-
τον ὑπὸ τοῦ Purton καὶ ἐν συνεχείᾳ ὑπὸ τοῦ Cruveilhier.

Τὸ 1888 ὁ Mickulitz ἀποδίδει τὸν μεγα—οισοφάγον εἰς σπασμόν τῆς
καρδιακῆς μοίρας, προσπαθῶν οὕτω νὰ ἐξηγήσῃ τὴν παθογένειαν τῆς νόσου.

Οἱ Mathieu καὶ Saencert πρῶτοι ὑποστηρίζουν ὡς αἴτιον τὴν ἑλλειψιν
συγχρονισμοῦ, ὅσον ἀφορᾷ τὴν κινητικότητα.

Ὁ Hurst, τὸ 1913, ἐρμηνεύει τὴν διάτασιν τοῦ οισοφάγου ὡς ὀφειλο-
μένην εἰς μίαν δυσκίνησιν : τὸ καρδιακόν στόμιον δέν χαλαροῦται παρου-
σία τοῦ βλωμοῦ. Μετὰ ἕν ἔτος ὁ Hacker ἀποκαλεῖ τὸ φαινόμενον τοῦτο
ἀχάλασιν (ἑλλειψις χαλαρώσεως).

Ἡ θεωρία αὕτη τῆς ἀχάλασις ἐπεκράτησε τῶν μεταγενεστέρως ὑπο-
στηριχθεισῶν, ὅπως :

— συγγενῆς αἰτιολογία (Bard).

— πίεσις τῆς κοιλιακῆς μοίρας τοῦ οισοφάγου ὑπὸ τοῦ ἥπατος (Mosher
1922).

— φρενόσπασμος, προκαλῶν δευτεροπαθῆ διάτασιν τοῦ οἰσοφάγου (Chevallier—Jackson, Sauerbrück, Grégoire, Braine).

— νόσος οὐχὶ εἰδική, ἀλλὰ σίσιχεῖον εὐρυτέρου νοσολογικοῦ πλαισίου, τῆς *μεγασπλάχνης*, συμπεριλαμβανούσης τὸν *μεγαστόμαχον*, *μεγαστδάκτυλον*, *μεγάκολον* (Hillemand).

Σημειώνομεν ἀπὸ τοῦδε, ἂν καὶ θὰ ἐπανέλθωμεν λεπτομερῶς, ὅτι πρόσφατοι ἱστολογικαὶ μελέται ἐνισχύουσι τὴν παλαιάν θεωρίαν τῆς ἀχαλασίας, ὡς ἀποκαλύπτουσαι ἀλλοιώσεις τοῦ ἐνδοτοιχωματικοῦ νευρικοῦ συστήματος τοῦ οἰσοφάγου.

Ἄξιοσημείωτον ἐπίσης εἶναι τὸ γεγονός, ὅτι ὁ Heller, τὸ 1913, καὶ παρά τὴν πλήρη, τὴν ἐποχὴν ἐκείνην, ἀγνοίαν τῆς φυσιοπαθολογίας τῆς νόσου, ἐφήρμοσε τὴν ἐξω—βλεννογόنيον οἰσοφαγοκαρδιοτομήν, ἣτις καὶ σήμερον ἀκόμη, μὲ ἐλαφράς παραλλαγάς, ἀποτελεῖ τὴν βάσιν τῆς χειρουργικῆς θεραπείας τοῦ *μεγασοισοφάγου*.

Α΄ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΕΙΣ ΜΕΓΑ — ΟΙΣΟΦΑΓΟΙ

Τὰ κυριώτερα αἰτία τῶν *μεγασοισοφάγων* τούτων θέλουσι εἶναι τασθῆ λεπτομερῶς εἰς ἕτερον κεφάλαιον. Διὰ τὴν καλλιτέραν ὁμῶς κατανόησιν τῶν πρωτοπαθῶν τοιούτων, θὰ προβῶμεν εἰς μίαν σύντομον ἔκθεσιν τῶν κυριωτέρων αἰτίων καὶ συμπτωμάτων τῶν δευτεροπαθῶν *μεγασοισοφάγων*.

Αἰτιολογία. Κάθε στενωτικὴ ἐπεξεργασία δύναται νὰ προβληθῆ ὡς ἀρχικόν αἷτιον.

Κυρίως, ὁμῶς, πρόκειται περὶ *καρκίνου*, εἴτε τῆς κατωτέρας μοίρας τοῦ οἰσοφάγου εἴτε τοῦ καρδιακοῦ στομίου, εἴτε καὶ πλέον ἀπομεμακρυσμένου, ὅπως λ.χ. τοῦ πυθμένου τοῦ στομάχου.

Σπανιώτερα αἰτία θὰ ἀνεύρωμεν τὸ ἔλκος τοῦ οἰσοφάγου, μίαν οὐλώδη στένωσιν τῆς καρδιακῆς μοίρας (Guisez), λόγῳ χρονίας οἰσοφαγίτιδος μετὰ περι—οισοφαγίτιδος.

Ἄλλοτε πάλιν τὸ αἷτιον ἐνός *μεγασοισοφάγου* θὰ ἀναζητηθῆ εἰς ἀνατομικὰς ἀνωμαλίας τῆς κατωτέρας μοίρας :

— πίσεις ἢ ἐρεθισμὸς ἐξ ὑπερτροφικοῦ ἥπατος (Mosher).

— πίσεις ἀπὸ διωγκωμένον καὶ μετακινηθέντα σπληνὰ μετὰ *περισπληνίτιδος*.

— πίσεις ἀπὸ ἀνώμαλον ἀγγειακὸν δίκτυον, ὅπερ περιβάλλει τὸν οἰσοφάγον.

— ἀνωμαλίας τοῦ ἀριστεροῦ σκέλους τοῦ διαφράγματος, ἐμποδίζουσαι τὴν φυσιολογικὴν λειτουργίαν τῆς καρδιακῆς μοίρας (Chevallier—Jackson).

Κλινικὴ εἰκὼν. Ἡ προοδευτικὴ καὶ ἐνίοτε ἐπώδυνος δυσφαγία, αἱ ἀναγωγαί, συνοδευόμεναι ὑπὸ προσβολῆς τῆς γενικῆς καταστά-

σεων, στρέφουν άμέσως τήν προσοχήν πρὸς τήν στένωσιν τοῦ οἰσοφάγου

Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις θά ἐπιβεβαιώσῃ τήν κλινικὴν διάγνωσιν: ἡ διάτασις τοῦ οἰσοφάγου εἶναι ἐνίοτε λίαν σημαντικὴ, 5—6 ἐκ. Ὁ βαριούχος πόλτος διέρχεται βραδέως διὰ μιᾶς ἐστενωμένης μοίρας παρά τὸ κατώτερον τμήμα τοῦ οἰσοφάγου. Ἐνίοτε τὸ αἷτιον τῆς στενώσεως εἶναι ἔμφανές, χάρις εἰς τήν τυπικὴν ἀκτινολογικὴν εἰκόνα τοῦ καρκίνου τῆς μοίρας ταύτης.

Πολὺ μεγαλυτέρας διαγνωστικὰς δυσχερείας παρουσιάζουν οἱ καρκίνοι τοῦ πυθμένου τοῦ στομάχου. Διὰ τὴν ἀνίχνευσιν των ἀπατούνται ἐξετάσεις εἰς ποικίλας στάσεις καὶ προβολάς, ἰδιαίτεροι τεχνικαὶ μέθοδοι, ἀκόμη καὶ τομογραφίαι τῆς χώρας ταύτης, κατὸ πιν δημιουργίας πνευμο—περιτοναίου.

Δύο δοκιμασίαι χρησιμεύουν διὰ τὴν διαφορικὴν διάγνωσιν μιᾶς στενώσεως ὀργανικῆς ἢ λειτουργικῆς φύσεως. Εἰς περίπτωσιν ὀργανικῆς στενώσεως:

— ἡ εἰσπνοὴ νιτρώδους ἀμυλίου δὲν προκαλεῖ χάλασιν τοῦ καρδιακοῦ στομίου καὶ δὲν ἐπιταχύνεται ἡ διάβασις τοῦ βαρ. πόλτου (Nemours—Auguste).

— ἡ διήθησις τῶν σπλαχνικῶν δὲν ἐπιφέρει ἐπίσης κανὲν ἀποτέλεσμα.

Αἱ δύο αὗται ἀρνητικαὶ δοκιμασίαι ἀποτελοῦν ἀπόδειξιν, ὅτι πρόκειται περὶ δευτεροπαθοῦς μεγα—οἰσοφάγου καὶ ὑποδεικνύουν τὴν ἀνάγκην χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως.

Τὴν ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν θά ἀκολουθήσῃ ἡ οἰσοφαγοσκόπησις, ἣτις θά ἐπιβεβαιώσῃ καὶ θά συμπληρώσῃ ταύτην, ὡς ἐπιτρέπουσα ἐπὶ πλέον τὴν βιοψίαν. Χάρις εἰς τὴν ἐνδοσκοπικὴν ταύτην μέθοδον δυνατὸν νὰ ἀποκαλυφθῇ, ὅτι ἡ στένωσις ὀφείλεται εἰς φυματίωσιν, σύφιλιν, ἔλκος τοῦ οἰσοφάγου κλπ.

Σημειωτέον ὅτι κατὰ τὴν χειρουργικὴν ἐπέμβασιν ἀποκαλύπτεται, οὐχὶ σπανίως, ὅτι ὁ δῆθεν πρωτοπαθὴς μεγα—οἰσοφάγος ἦτο δευτεροπαθὴς, ὀφειλόμενος εἰς αἷτιον μὴ ἀποκαλυφθὲν ὑπὸ τῶν ἀκτίνων, ὅπως:

— καρκίνος,

— ἀνώμαλα ἀγγεῖα,

— συμφυτικαὶ ταινίαι (bridges) ὀδεύουσαι ἐκ τοῦ ἥπατος πρὸς τὸν ἄνω πόλον τοῦ σπληνός καὶ διερχόμεναι ἔμπροσθεν τῆς καρδιακῆς μοίρας, τὴν ὁποῖαν καὶ πιέζουν,

— οὐλώδης στένωσις τῆς καρδιακῆς μοίρας μετὰ δακτυλιοειδοῦς παχύνσεως τῆς κοιλιακῆς μοίρας τοῦ οἰσοφάγου.

Β' ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΜΕΓΑ - ΟΙΣΟΦΑΓΟΙ

Ἡ θεωρία αὕτη ὑπεστηρίχθη ὑπὸ τοῦ Bard ἀπὸ τοῦ 1918, ἐνίσχυθέντος καὶ ὑπὸ τῆς Σχολῆς τῆς Λυῶνος. Κατ' αὐτόν, ὁ μεγαοισοφάγος εἶναι ἀνώμαλιν εἴτε συγγενῆς εἴτε τῶν ἰστών, ἥτις ἀφορᾷ κυρίως τὰς ἐλαστικὰς καὶ συνδετικὰς ἴνας καὶ δημιουργεῖται οὕτως εἰς σπλαγχνικὸς γιγαντισμὸς. Ὁ Bard τὴν θεωρίαν αὐτὴν βασίζει: α) ἐπὶ τοῦ γεγονότος, ὅτι ὁ μεγαοισοφάγος συνυπάρχει μὲ ἀνάλογον ἀνώμαλιν (ἐκτασίαν) καὶ ἄλλων ὀργάνων, ἥτις θεωρεῖται συγγενῆς· β) ἐπὶ τῆς ἀπουσίας (ἐλλείψεως) ἀλλοιώσεων τῆς καρδιακῆς μοίρας· γ) ἐπὶ τῆς μεγάλης διατάσεως τοῦ οἰσοφάγου, ἥτις δὲν παρατηρεῖται εἰς στενώσεις ὀφειλομένας εἰς ὀργανικὸν αἷτιον· δ) ἐπὶ τῶν ἀποτυχιῶν τῶν διαφόρων θεραπειῶν μὲ ἀντικειμενικὸν σκοπὸν τὴν ἐλάττωσιν τοῦ εὔρου τοῦ οἰσοφάγου.

Μολαταῦτα, διὰ πολλοὺς λόγους, ἡ θεωρία αὕτη δὲν εἶναι δυνατὸν νὰ γίνῃ παραδεκτὴ. Ὅσον ἀφορᾷ τὴν διάτασιν ἐξ ὀργανικῆς αἰτίας ἔχουν παρατηρηθῆ τοιαῦται δημιουργήσασαι τεράστιον οἰσοφάγον. Εἶναι γεγονὸς, ἐξ ἄλλου, ὅτι κατόπιν μιᾶς ἐπεμβάσεως—ἐγχείρησις κατὰ Heller, διήθησις τῶν σπλαγχνικῶν— ὁ μεγαοισοφάγος ἐπανευρίσκει τὸ φυσιολογικὸν τοῦ μέγεθος. Ὅσον ἀφορᾷ τὴν συνύπαρξιν μεγαοισοφάγου καὶ ἄλλων ἀναλόγων καταστάσεων (μεγάκολον, δολιχόκολον, βρογχεκτασία), αὕτη εἶναι σύνηθες φαινόμενον. Δὲν εἶναι ἐπίσης σπάνιον τὸ φαινόμενον νὰ ἴδωμεν ἐκδηλούμενον, τὸ πρῶτον, ἓνα μεγαοισοφάγον εἰς προχωρημένην ἡλικίαν—70 ἐτῶν—, ὅποτε ἡ ἐπὶ τόσα ἔτη ἀνυπαρξία κλινικῶν ἐκδηλώσεων δυσκόλως ἐρμηνεύεται. Τούναντίον δὲ ὁ μεγαοισοφάγος σπανιώτατα παρατηρεῖται κατὰ τὴν βρεφικὴν ἡλικίαν.

Ὁ Hillebrand λαμβάνει διαφορετικὴν θέσιν ἔναντι τῆς θεωρίας τοῦ συγγενοῦς μεγαοισοφάγου. Παρατήρησεν, ὅτι μερικοὶ τούτων ἦσαν ἐπίσης λίαν ἐπιμήκεις, ἐπρόκειτο δηλαδὴ περὶ δολιχοοισοφάγου ἔχοντος μίαν κάθετον μοῖραν, ἐνουμένην δι' ὀρθῆς γωνίας μετὰ μιᾶς ὀριζοντίας καὶ κεκλιμένης ἐπὶ τοῦ διαφράγματος. Καὶ συμπεραίνει, ὅτι ὁ δολιχοοισοφάγος οὗτος καμπτόμενος διατείνεται, ἡ δὲ διάτασις αὕτη, ἐν συνεχείᾳ, ἐξελίσσεται εἰς μεγαοισοφάγον. Ἡ ὑπερβολικὴ αὕτη ἐπιμήκυνσις εἶναι, ἐπομένως, τὸ προδιαθέτον αἷτιον.

Γ' ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΙ "Η ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΙΣ ΜΕΓΑ-ΟΙΣΟΦΑΓΟΙ

Οί πλέον σημαντικοί καί πλέον ενδιαφέροντες. "Αλλοτε ή κατάστασις αὐτῆ ἐκαλεῖτο «ἰδιοπαθῆς διάτασις τοῦ οἰσοφάγου», ἐνῶ σήμερον ἔχει ἐπικρατήσῃ περισσότερον ὁ ὄρος «καρδιόσπασμος». Πρόκειται περὶ μηχανικῆς διαταράξεως, ἥτις ἀφορᾷ ὀλόκληρον τὸν οἰσοφάγον.

Παθολογική ἀνατομική : Σπανίως θά μᾶς δοθῇ ἡ εὐκαιρία νὰ ἐξετάσωμεν προσφάτους περιπτώσεις. Ὡς ἐκ τούτου περιγράφεται συνήθως ὁ ἀπὸ πολλοῦ ἐξελιχθεὶς πλέον μεγα—οισοφάγος, ὅστις χαρακτηρίζεται ἀπὸ τὴν μεγάλην διάτασιν τοῦ ὄργανου τούτου, ἐπεκτεινομένην μέχρι καὶ τοῦ ἄνω στομίου, τὸ ὅποιον ὁμως δὲν ὑπερβαίνει. Σαφῆ ἀντίθεσιν ἀποτελεῖ ἡ κατωτέρα μοῖρα, ἥτις εἶναι βραχεῖα καὶ φυσιολογική.

Ἡ στένωσις ἀφορᾷ τὴν ἐντὸς τοῦ διαφράγματος κειμένην μοῖραν τοῦ οἰσοφάγου, μήκους 4 ἐκ. καὶ ἥτις παρὰ τὸ τελικόν τῆς τμημα συμπεριλαμβάνει τὸ ἐντὸς τοῦ στομάχου καρδιακὸν στόμιον. Ἐπὶ τοῦ σημείου ὁμως τούτου ἡ συμφωνία δὲν εἶναι ἀπόλυτος. Οὕτως ὁ Nemours — Auguste ἐντοπίζει τὴν ἐστενωμένην μοῖραν 2 ἕως 3 ἐκ. ὑπερθεν τοῦ διαφράγματος. Ἡ διάτασις ἀφορᾷ κυρίως τὴν ὑπερδιαφραγματικὴν μοῖραν, τῆς ὁποίας ἡ διάμετρος φθάνει τὰ 5, 7, 10 ἐκ. καὶ πλέον.

Εἰς τὴν διάτασιν ταύτην ἐπιπροστίθεται συχνὰ μία ἀσύμμετρος ἐπιμήκυνσις, ἀφορῶσα κυρίως τὸ δεξιὸν χεῖλος τοῦ οἰσοφάγου. Οὕτω δημιουργεῖται δολιχο — μεγα — οισοφάγος. Τὸ περιεχόμενον Οὕτω δημιουργεῖται δολιχο — μεγα — οισοφάγος. Τὸ περιεχόμενον τοῦ θύλακος τούτου δυνατόν νὰ ὑπερβῇ τὸ λίτρον. Ἐνίοτε ἡ ἀκτι νολογική ἐξέτασις ἀποκαλύπτει τὴν συνύπαρξιν ἐκκοιλωμάτων.

Ὁ μεγα—οισοφάγος οὗτος ἄλλοτε μὲν εἶναι κάθετος καὶ μήκους φυσιολογικοῦ, ἄλλοτε δέ, λόγῳ ὑπερβολικοῦ μήκους δυναμένου νὰ ὑπερβῇ τὰ 40 ἐκ., λαμβάνει τὸ σχῆμα περι κ ν η μ ἴ δ ο ς μὲ μίαν μοῖραν κάθετον καὶ ἐτέραν ὀριζοντίαν, κατακεκλιμένην ἐπὶ τοῦ διαφράγματος.

Ἡ μὴ διατεταμένη μοῖρα τοῦ οἰσοφάγου, συγκρινομένη πρὸς τὴν ὑπερθέν τῆς, φαίνεται ὡς ἐστενωμένη, παρὰ τὸ γεγονὸς ὅτι τὸ εὖρος τῆς εἶναι φυσιολογικόν. Εἰς τὸ σημεῖον αὐτὸ τὸ μυϊκὸν τοιχώμα δὲν παρουσιάζει ὑπερτροφίαν, ἂν καὶ κατὰ τὴν ἐγχείρησιν ψηλαφᾶται σκληρόν, ὡς συνεσπασμένον. Ἐπίσης δὲν περιβάλλεται ἀπὸ συμφύσεις, φλεγμονὴν ἢ συμφυτικὰς ταινίας, ἐμφανιζομένη ὡς ἡ πλέον φυσιολογική μοῖρα τοῦ οἰσοφάγου. Ὅσον ἀφορᾷ τὸ δια-

φραγματικόν τμήμα, τοῦτο εἶναι φυσιολογικοῦ εὔρους, ἐνίοτε ὁμως διηυρυσμένον.

Τό ὑπερθεν τῆς συνεσπασμένης μοίρας τμήμα τοῦ οἰσοφάγου ταχέως διευρύνεται, τὰ δὲ τοιχώματά του παχύνονται. Ἡ ὑπερτροφία αὕτη ἀφορᾷ τὸ κυκλοτερές καὶ ἐπίμηκες μυϊκὸν τοίχωμα, ὃ δὲ οὕτω διευρυνόμενος οἰσοφάγος σύξάνει εἰς μήκος. Ὁ βλεννογόνος ἐμφανίζει οἶδημα, ἐξελεκώσεις ἢ ἐπιπολῆς διαβρώσεις.

Ὁ διευρυνθεὶς, ἐπιμηκυνθεὶς καὶ λαβῶν σχῆμα ὀφιοειδὲς οἰσοφάγος ἀπωθεῖ τὴν τραχεῖαν ἔμπροσθεν, πρὸς δὲ τὴν μεσότητα τοῦ θώρακος μετακινεῖται πρὸς τὰ δεξιὰ, ἐλλείψει χώρου ἀριστερά, λόγω τῆς ἐκεῖ εὐρισκομένης ἀορτῆς. Ὄταν πλησιάζῃ τὸ διάφραγμα, σχηματίζει μίαν γωνίαν ἀνοικτὴν πρὸς τὰ ἀριστερά καὶ ἀφοῦ διέλθῃ ὀπισθεν τῆς καρδίας διαπερᾷ τὸ διάφραγμα, ἵνα ἐνωθῇ μετὰ τοῦ στομάχου.

Ἰστολογικῶς : ὁ βλεννογόνος εἶναι ὑπερτροφικός, ἐξηλωμένος κατὰ ζώνας. Ὁ ὑποβλεννογόνιος χιτῶν εἶναι φυσιολογικός ἢ διηθεῖται ὑπὸ στρογγύλων κυττάρων. Αἱ μυϊκαὶ στιβάδες τῆς διατεταμένης μοίρας εἶναι ἄλλοτε ἀτροφικαὶ καὶ ἄλλοτε ὑπερτροφικαί. Τὸ αὐτὸ παρατηρεῖται καὶ κατὰ τὴν οἰσοφαγοκαρδιακὴν μοῖραν, ὅπου μολαταῦτα ὑπάρχει μυϊκὴ ὑπερτροφία μετὰ ἀφθονοῦ ἀνάπτυξιν ἰνώδους ἱστοῦ.

Ἰδιαίτερα προσοχὴ ἀπεδόθη εἰς τὰς ἱστολογικὰς ἀλλοιώσεις τοῦ ἐνδοτοιχωματικοῦ νευρικοῦ συστήματος, λόγω τῆς ἐξαιρετικῆς σημασίας τούτων ἀπὸ παθογονικῆς ἀπόψεως. Αἱ ἀλλοιώσεις τῶν γαγγλίων τοῦ πλέγματος τοῦ Auerbach συνίστανται ἄλλοτε μὲν εἰς μίαν κοινὴν, χρονίαν φλεγμονήν, ἄλλοτε δὲ εἰς ἐκφύλισιν μετὰ προσβολῆς τῶν νευρικῶν κυττάρων καὶ τῶν νευριτῶν τῶν μετὰ χρωματολύσεως.

Κατὰ τινὰς συγγραφεῖς, ἡ ἐκφύλις τοῦ πλέγματος τοῦ Auerbach ἄρχεται κατὰ τὴν κατωτέραν μοῖραν τοῦ οἰσοφάγου καὶ ἐπεκτείνεται προοδευτικῶς μέχρι τοῦ σημείου ὅπου καταπαύουν αἱ περισταλτικαὶ κινήσεις. Αὗται, καὶ παρὰ τὴν θεραπείαν, δὲν ἐπανέρχονται ἐνίοτε εἰς τὴν κατωτέραν μοῖραν. Ὡς ἐκ τούτου δύναται τινὰ συμπεράνη, ὅτι αἱ προκληθεῖσαι βλάβαι τῶν νευρικῶν κυττάρων εἶναι ὀριστικά.

Περαινόντες σημειώνομεν, ὅτι ὁσάκις τὸ οἰσοφαγικὸν τμήμα εἶναι ἀσθενές, ὃ λίαν διηυρυσμένον καὶ ὑπερφορτισμένον οἰσοφάγος προπίπτει ἐντὸς τῆς κοιλίας. Συνηθέστερον ὁμως κλίνει πρὸς τὰ δεξιὰ, ὅποτε ὀλόκληρον τὸ βάρος του ὑποβαστάζεται ἀπὸ τὸ διάφραγμα.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΩΝ

Ἡ συχνότης τῆς νόσου εἶναι ἡ αὐτὴ περίπου καὶ εἰς τὰ δύο φύλα, μὲ ἐπικράτησιν τοῦ γυναικείου φύλου κατὰ τοὺς Ἕλληνας, τοῦ ἀνδρικοῦ κατὰ τοὺς Γάλλους. Ἀπαντᾶται εἰς οἰανδήποτε ἡλικίαν, κυρίως ὁμως μεταξὺ 30—50 ἐτῶν.

Εἶναι σχεδὸν ἀδύνατον νὰ προσδιορισθῇ ἐπακριβῶς ὁ χρόνος ἐνάρξεως τῆς νόσου. Πράγματι, ὁ καρδιόσπασμος, καταλαμβάνων δλόκληρον τὴν κάτω μοῖραν τοῦ οἰσοφάγου, ἐξελλίσσεται βραδέως, συνεχῶς καὶ προοδευτικῶς. Ὡς ἐκ τούτου διακρίνομεν δύο περιόδους :

— τὴν ἀρχικὴν ἢ περιόδον εἰσβολῆς, χαρακτηριζομένην ἀπὸ τὴν ἔντονον ὑπερλειτουργίαν τοῦ οἰσοφάγου.

— τὴν πλήρους ἐξελίξεως ἢ τελικὴν, χαρακτηριζομένην ἀπὸ τὴν προοδευτικὴν ἐλάττωσιν τῆς λειτουργικῆς ἰκανότητος καὶ ἀκολουθοῦμένην ἀπὸ τὴν παθητικὴν διάτασιν τοῦ οἰσοφάγου.

α) Ἀρχικὴ περίοδος ἢ εἰσβολῆς : Κατὰ ταύτην οἱ ἄρρωστοι «αἰσθάνονται» τὸν οἰσοφάγον τῶν νὰ συσπᾶται, ἰδίως κατόπιν ἐκνευρισμοῦ, νὰ χαλαροῦται δὲ κατόπιν λήψεως χλιαροῦ ποτοῦ.

Ἡ *δυσφαγία* εἶναι τὸ κυριώτερον σύμπτωμα. Ἐχει ἰδίους χαρακτήρας, ἐνίστε παραδόξους — «*παράδοξος δυσφαγία*» — ὅποτε ὠρισμένοι στερεαὶ τροφαὶ διέρχονται ἀκωλύτως, ἐνῶ συγκρατοῦνται τὰ ὑγρά.

Ἄλλοτε ἡ δυσφαγία εἶναι ἐλαφρά, μᾶλλον δυσφορία ἢ θωρακικὴ ἐνόχλησις, καὶ ἐκδηλοῦται κατόπιν καταπόσεως. Ἡ ἔντασις τῆς ποικίλλει ἀπὸ ἡμέρας εἰς ἡμέραν, ἢ συνέχισις τῆς ὁμως δίδει τὸ αἴσθημα ξένου σώματος ἐνσφηνωθέντος ὀπισθεν τοῦ στέρνου καὶ πρὸς τὸ κάτω τριτημόριον. Ἄλλοτε πάλιν ἡ δυσφαγία αὕτη εἶναι ἐκλεκτικὴ ἔναντι ὠρισμένων τροφῶν. Ἀπὸ αἴσθημα ἐνοχλήσεως ἐξελλίσσεται προοδευτικῶς εἰς ἄγχος, εἰς αἴσθημα καταπόσεως ἄμμου, καρφιῶν ἢ βελουδίνου ὑφάσματος, ἐδραζόμενον ὀπισθεν τοῦ στέρνου καὶ συνοδευόμενον ἐνίστε ὑπὸ ἐντόνων ἐπιγαστρικῶν καυσαλγιῶν, μεσοπλευρίων νευραλγιῶν ἢ καὶ στηθαγικῶν πόνων.

Τὰ συμπτώματα τοῦτα διαφέρουν ἀπὸ ἡμέρας εἰς ἡμέραν, γενικῶς ὁμως μὲ τὴν πρόοδον τῆς νόσου ἐπιδεινοῦνται. Ἄλλοτε εἶναι συνεχῆ μετὰ παροξυντικῶν κρίσεων καὶ ἐπιδεινώσεων, ἐνῶ ἄλλοτε ἐμφανίζονται περιοδικῶς ἢ ἐν πλήρει φαινομενικῇ ἡρεμίᾳ κατόπιν μιᾶς ταραχῆς, ἐνός ἐκνευρισμοῦ, μιᾶς δυσσάρεστου εἰδήσεως, μιᾶς ἐντόνου συγκινήσεως, ὅποτε καὶ ἐπιδεινοῦνται. Ἄλλοτε πάλιν τὰ

αίτια είναι διάφορα. Ούτως ή κύησις ἐπιδεινώνει τὴν κατάστασιν μέχρις οὗτου προκληθῆ ἀποβολή, κατόπιν τῆς ὁποίας τὰ ἐνοχλήματα ἐξαφανίζονται, ἵνα ἐπανεμφανισθοῦν κατὰ νέαν κύησιν.

Κατὰ τὴν φάσιν ταύτην ἡ διάγνωσις θά τεθῆ κυρίως διὰ τῆς ἀκτινολογικῆς ἐξετάσεως. Αὕτη θά ἀποκαλύψῃ τὰς διαταραχὰς τῆς κινητικότητος τοῦ οἰσοφάγου, ὡς καὶ τὸν βαθμὸν σπασμοῦ ἐκ τοῦ χρόνου, ὅστις θά ἀπαιτηθῆ ἵνα διέλθῃ διὰ τοῦ καρδιακοῦ στομίου ὁ βαριοῦχος πόλτος.

Ἐν τῇ ἀρχῇ τῆς νόσου θά παρατηρήσωμεν, ὅτι οἱ πρῶτοι βλωμοὶ διέρχονται τὸ καρδιακὸν στόμιον ταχύτατα καὶ ἀκωλύτως. Ὁ οἰσοφάγος δὲν εἶναι διατεταμένος καὶ δὲν ἐμφανίζει ἄλλην ἀνωμαλίαν πλὴν μιᾶς λίαν ἠύξημένης περισταλτικότητος κατὰ τὰ δύο κατώτερα τριτημόριά του. Μὲ τὴν συνέχισιν τῆς καταπόσεως τοῦ βαρ. πόλτου θά παρατηρήσωμεν ἐμφανιζομένην μίαν ἐστενωμένην μοῖραν, μήκους 1 ἕως 2 ἐκ., ἣτις περιλαμβάνει τὸ καρδιακὸν στόμιον, τὸν προστόμαχον καὶ τὴν μοῖραν ἐκείνην τοῦ οἰσοφάγου, ἣτις εὐρίσκεται ὑπερθεν τοῦ διαφράγματος.

Τὸ βάριον συγκρατεῖται ἐντὸς τοῦ οἰσοφάγου, ὁ περισταλισμὸς αὐξάνει, ἄρχεται δὲ προσπάθεια διαρκείας 30''—60'', μὲ σκοπὸν τὴν ἐντὸς τοῦ στομάχου προώθησιν. Ἐφ' ὅσον διατείνεται ὁ παλαιὸν οἰσοφάγος, ἐμφανίζονται δευτερεύοντα περισταλτικὰ κύματα, μεγαλύτερα εἰς ἕκτασιν καὶ ταχύτητα. Ἡ κατάποσις χλιαροῦ ὕδατος λύει συχνὰ τὸν σπασμὸν, ὁπότε καὶ συντελεῖται ταχέως ἡ ἐκκένωσις ἐντὸς τοῦ στομάχου.

Ἡ πρώτη αὕτη φάσις, ἣτις ὑπενθυμίζει τὴν ἀνάλογον παρατηρουμένην κατὰ τὴν στένωσιν τοῦ πυλωροῦ, δυνατόν νά διαρκέσῃ ἐπὶ μῆνας ἢ καὶ ἔτη, ὁπότε ἐπέρχεται ἡ κόπωσις τοῦ οἰσοφάγου, ὅστις παθητικῶς πλέον διαστέλλεται. Εἰσερχόμεθα οὕτως εἰς τὴν ἐπομένην δευτέραν φάσιν.

β) Περίοδος τελικὴ ἢ πλήρους ἐξελίξεως: Σὺν τῇ ἐξελίξει τῆς νόσου ἡ δυσφαγία καὶ τὸ ὀπισθοστερνικὸν ἐπώδυνον αἰσθημα ἐντείνονται κατὰ τὴν κατάποσιν καὶ ἐμποδίζουν οὕτω τὰ μέγιστα τὴν διατροφήν τοῦ ἀρρώστου. Ὡς ἐκ τούτου οἱ ἀρρώστοι τρώγουσιν βραδέως, ἐκλέγοντες τὰς τροφὰς των καὶ ὑποβοηθοῦντες τὴν κατάποσιν των διὰ τῆς συγχρόνου λήψεως ὑγρῶν ἢ πολτοποιοῦντες ταύτας πρὸ τῆς καταπόσεως.

Καὶ εἰς τὴν τελικὴν ταύτην περίοδον ἐπανεμφανίζεται ἡ παρόδοξος δυσφαγία, πλέον ἐκσεσημασμένη διὰ τὰ ὑγρά, χαρακτηριστικὸν σύμπτωμα τοῦ μεγα—οἰσοφάγου.

Ἐν ἀρχῇ ἀνώδυνος, ἡ δυσφαγία καθίσταται ἐν συνεχείᾳ ἐπώδυνος. Ὁ ἄρρωστος παραπονεῖται διὰ πόνους ποικίλης ἐντοπίσεως καὶ ἀντανακλάσεως: πρὸς τὸν τράχηλον, τὴν κάτω σιαγόνα, τὰ ὠτα. Ἐνίοτε ὁ πόνος προσλαμβάνει στηθαγχοὺς χαρακτῆρας.

Ἡ ἐντὸς τοῦ θύλακος συσώρευσις τροφῶν προκαλεῖ ἐν τῷ μέσῳ τοῦ γεύματος διάφορα ἄλλα ἐνοχλήματα, ὅπως αἴσθημα πνιγμοῦ, ἀκόμη καὶ γνήσιον σύνδρομον πίεσεως τοῦ μεσοθωρακίου μετὰ δυσπνοίας καὶ κυανώσεως. Οἱ ἄρρωστοι ἀνακαλύπτουν μόνι των τὴν στάσιν καὶ τὰς κινήσεις, αἵτινες θὰ διευκολύνουν τὴν ἐντὸς τοῦ στομάχου προώθησιν τῶν τροφῶν. Οὕτως ἄλλοι μὲν λαμβάνουν ταχύτατα θερμὰ ποτὰ ἀμέσως μετὰ τὸ γεῦμα. Ἄλλοι κλίνουν τὴν κεφαλὴν πρὸς τὸν θώρακα, προβαίνοντες συγχρόνως εἰς μίαν ἀπότομον εἰσπνοὴν, ἐνῶ ἄλλοι ἐκτείνουν ὅσον δύνανται τὸν τράχηλον πρὸς τὰ ὀπίσω — μετὰ τὸ γεῦμα — προσπαθοῦντες οὕτω νὰ εὐθείασουν τὸν οἰσοφάγον των καὶ νὰ αὐξήσουν τὴν ἐνδοοισοφαγικὴν τάσιν, ἥτις θὰ διευκολύνῃ τὴν προώθησιν τῶν τροφῶν ἐντὸς τοῦ στομάχου.

Αἱ ἀναγωγαὶ ἀποτελοῦν τὸ ἕτερον χαρακτηριστικὸν σύμπτωμα τοῦ μεγα — οἰσοφάγου. Κατὰ τὴν ἀρχικὴν φάσιν τῆς νόσου ἐμφανίζονται πρῶτως, ἐν τῷ μέσῳ τοῦ γεύματος, "Ὅταν συντελεσθῇ ἡ μεγάλη διάτασις τοῦ οἰσοφάγου ἐμφανίζονται ὀψίμως, 3—4 ὥρας μετὰ τὰ γεύματα, ἐνίοτε τὴν νύκτα καὶ ἐξαρθῶνται ἐκ τῆς ἀλλαγῆς στάσεως τοῦ ἄρρωστου. Ἐνίοτε εἶναι ἐκλεκτικαὶ διὰ τὰς στερεὰς τροφὰς ἢ τοῦναντίον διὰ τὰ ὑγρά. Ἄλλοτε εἶναι παρόδοξοι: τροφαὶ ληφθεῖσαι πρὸ ὀλίγων ὥρων γίνονται ἀνεκταί, ἐνῶ ἀποβάλλονται αἱ ληφθεῖσαι τὴν προτεραίαν.

Αἱ ἀναγωγαὶ αὗται ἐπέρχονται εἴτε αὐτομάτως εἴτε προκαλοῦνται ὑπὸ τοῦ ἄρρωστου, ὅστις προσπαθεῖ νὰ ἀνακουφισθῇ ἀπὸ τὸν θωρακικὸν πόνον. Ἀποβάλλει οὕτως ἐν ὑγρὸν, ποσότητος λίτρου καὶ πλέον, δύσοσμον, περιέχον τροφὰς ἀναμεμιγμένας μετὰ σιέλου καὶ ἐκκρίσεων τοῦ βλεννογόνου. Ἐντὸς τούτου ἀνευρίσκονται ἐνίοτε διάφορα ὀργανικὰ ὀξεῖα, ὀφειλόμενα εἰς ζυμώσεις.

Λόγῳ τῆς δυσφαγίας, λόγῳ τοῦ φόβου ὃν αἰσθάνονται οἱ ἄρρωστοι πρὸς τὸν πόνον, ὑποσιτίζονται. Ὡς ἐκ τούτου ἡ ἀπίσχυανσις εἶναι σημαντικὴ, ὁδηγοῦσα πρὸς τὴν καχεξίαν, ὅποτε θὰ ἐκδηλωθῶν αἱ διάφοροι βιοχημικαὶ ἀλλοιώσεις, ὅπως ὑποπρωτεΐναιμία, ἀβιταμίνωσις, ἀναιμία κλπ.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΙΣ

Κατά τήν ἀπλήν ἀκτινοσκόπησιν, ἄνευ χορηγήσεως βαρίου, δυνατὸν ὁ μεγα—οισοφάγος νά δώσῃ τήν ψευδῆ εἰκόνα μιᾶς διευρύνσεως τοῦ μεσοθωρακίου, λόγῳ τῆς σκιᾶς του, ἥτις ἐπεκτείνεται καί πρὸς τὰ δύο πνευμονικά πεδία. Εἰς πλαγίαν θέσιν πληροῖ τὸν ὀπισθοκαρδιακὸν χώρον. Εἰς περιπτώσεις ἐλαφρᾶς δυσφαγίας ἢ τοιαύτη ἀκτινολογικῆ εἰκὼν δυνατὸν νά ὀδηγήσῃ πρὸς τήν διάγνωσιν ὄγκου τοῦ μεσοθωρακίου. Ἡ χορήγησις, ὁμῶς, βαρίου διευκρινί-



Εἰκὼν 1. Τυπικὸς μεγα—οισοφάγος, διατεταμένον, κυλινδρικός, με κάτω τριτημόριον λεπτόν, ἐπίμηκες, λίαν ἐστενωμένον (ἴδια περίπτωσις).

ζει τήν κατάστασιν : ἡ διαπίστωσις ὕδρικῆς συλλογῆς με ἐπιφάνειαν ὀριζοντίαν καί κινητὴν παρὰ τὸ ὕψος τοῦ ἀορτικοῦ τόξου ὀδηγεῖ αὐτομάτως πρὸς τήν διάγνωσιν τοῦ μεγα—οισοφάγου.

Ἐάν δὲν προηγηθῇ πλύσις καί ἐκκένωσις τοῦ οἰσοφάγου διὰ τοῦ καθετήρος τοῦ Faucher, ἡ πλήρωσις ὑπὸ τοῦ βαριοῦχου πόλτου συντελεῖται κατὰ δύο τρόπους : ἐάν χορηγηθῇ εἰς μικρὰν ποσότητα θά

είς στιγμήν καί ἀναλόγως τοῦ τρόπου λήψεως τοῦ βαρ. πόλτου. Οὕτως ἐνῶ ἡ ἐκκένωσις συντελεῖται φυσιολογικῶς, ἀποτόμως διακόπτεται. Καί ὅταν ἀκόμη ὁ οἰσοφάγος παρουσιάζῃ μεγίστην διάτασιν, ἡ κατακράτησις δὲν εἶναι μόνιμος, ἀλλ' οὗτος κενοῦται φυσιολογικῶς, κατὰ χρονικά διαστήματα. Γενικῶς ὁμως δεόν νά τονισθῇ, ὅτι ἡ διάβασις συντελεῖται μέ βραδύν ρυθμόν, ποσότης δὲ βαρίου, καί μετὰ πάροδον ὥρων, συγκρατεῖται εἰσέτι ἐντὸς τοῦ οἰσοφάγου.

Αἱ ληφθησόμεναι, ἐν συνεχείᾳ, ἀκτινογραφίαι τῆς καρδιακῆς μοίρας θά ἐπιβεβαιώσουν τὴν λειτουργικῆς φύσεως στένωσιν, ἀποκλείουσαι ὀργανικὰς βλάβας. Ὑπενθυμίζομεν, ὅτι ἡ εἰσπνοὴ νιτρώδους ἀμυλίου προκαλεῖ ἄμεσον χαλάρωσιν καί ταχεῖαν πτώσιν τοῦ βαρίου ἐντὸς τοῦ στομάχου. Τὸ αὐτὸ ἀποτέλεσμα ἐπιφέρει καί ἡ διήθησις τῶν σπλαγχνικῶν.

ΟΙΣΟΦΑΓΟΣΚΟΠΗΣΙΣ

Αὕτη θά λάβῃ χώραν, ἀφοῦ ὁ ἄρρωστος ὑποβληθῇ ἐπὶ διήμερον εἰς ὕδρικήν δίαιταν καί προηγηθῇ πλύσις τοῦ οἰσοφάγου διὰ χλιαρᾶς διαλύσεως διττανθρακικοῦ νατρίου. Ἐνίοτε ἀπαιτεῖται ἡ ἀναρρόφησις τοῦ περιεχομένου.

Τινὲς ἐκτελοῦν τὴν οἰσοφαγοσκόπησιν κατόπιν γενικῆς ναρκώσεως καί ἄλλοι ἄνευ τοιαύτης. Κατὰ τὴν εἰσαγωγὴν τὸ οἰσοφαγοσκόπιον κινεῖται ἐλευθέρως ἐντὸς μιᾶς κοιλότητος μέ χαλαρὰ τοιχώματα, ἅτινα παρουσιάζουν πτυχάς. Ὁ βλεννογόνος σχηματίζει εὐρείας καί ὀριζοντίας πτυχάς, τὴν μίαν ὑπερθεν τῆς ἄλλης, αἵτινες ἀποκρύπτουν καί ἐμποδίζουν τὴν καλὴν ὄρατότητα.

Τὸ καρδιακὸν στόμιον ἀποκρύπτεται συχνάκις ὑπὸ βλέννης ἢ λόγῳ τῆς κάμψεως τοῦ οἰσοφάγου. Ὅταν ἀνευρεθῇ, διακρίνεται εἰς τὸ βάθος τῆς χοάνης, τὴν ὁποίαν σχηματίζει ἡ κάτω μοῖρα τοῦ οἰσοφάγου, καί ὁμοιάζει πρὸς τράχηλον μήτρας. Καί ἄλλοτε μὲν εἶναι ἀδύνατος ἡ δι' αὐτοῦ εἰσαγωγή τοῦ οἰσοφαγοσκοπίου, ἄλλοτε ὁμως ὁ σπασμὸς ὑποχωρεῖ αὐτομάτως ἢ καί κατόπιν τοπικῆς ἐπιθέσεως κοκαΐνης.

Ἡ ἐνδοσκόπησις θ' ἀποκλείσῃ τὴν λόγῳ καρκίνου ἢ ἄλλης φλεγμονῆς στένωσιν. Θά ἐπιτρέψῃ δὲ ὄχι μόνον νά ἀντιληφθῇ τις τὴν κατάστασιν τοῦ βλεννογόνου, ὅστις ἐμφανίζεται ἐξέρυθρος, φλεγμονώδης, συμφορητικός, ἀλλὰ καί τὴν βιοψίαν.

ΕΞΕΛΙΞΙΣ ΤΟΥ ΜΕΓΑ-ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Αὕτη εἶναι λίαν ἰδιάζουσα. Εἰς τινὰς ἄρρώστους ἡ δυσφαγία εἶναι μόνιμος, μέ παροξύνσεις κατὰ καιροῦς, πιθανῶς λόγῳ ὀξείας

οίσοφάγου. Μία συνεχής δυσφαγία δέον να κινήση τήν προσοχήν μας πρὸς τήν πιθανότητα ταύτην καὶ να προβώμεν εἰς οἰσοφαγοσκόπησιν. Ἐν μέσῳ ὅμως τῶν βλεννογονίων πτυχῶν, τὸ νεόπλασμα δυσκόλως ἀποκαλύπτεται. Ἐδράζεται συνήθως παρὰ τὸ κάτω τρίτημόριον καὶ σπανίως προκαλεῖ στένωσιν. Κατὰ κανόνα ἐπεκτείνεται πρὸς τὸ μεσοθωράκιον, τὸν ὑπεζωκῶτα, τοὺς πνεύμονας, ὁπότε οἰαδήποτε θεραπευτικὴ προσπάθεια ἀποβαίνει ματαία. Αἱ φλεγμονώδεις ἀλλοιώσεις τοῦ βλεννογόνου καὶ αἱ λευκοπλακίαι θεωροῦνται ὡς προδιαθέτοντα αἷτια, ἂν καὶ ὁ καρκίνος δύναται να δημιουργηθῆ ἀνεξαρτήτως τῆς ἀρχικῆς νόσου τοῦ οἰσοφάγου.

δ) Ἡ συσσώρευσις τροφῶν ἐντὸς τοῦ διατεταμένου οἰσοφάγου δύναται να προκαλέσῃ ἀπότομον πίεσιν τοῦ μεσοθωρακίου, ἐνίοτε δραματικὴν, μετὰ δυσπνοίας, κυανώσεως, λυγγῶς ἢ παροξυντικῆς ταχυκαρδίας, ἐξ ἐρεθισμοῦ τοῦ φρενικοῦ ἢ τοῦ πνευμονογαστρικοῦ. Μία, ἐξ ἄλλου, ἀπώθησις τῆς καρδίας ἢ τῆς ἀορτῆς προκαλεῖ ἰλιγγούς, κρίσεις συγκοπῆς, συστολικά φυσήματα. Τὰ φαινόμενα ταῦτα ἐξαφανίζονται, ὅταν ὁ ἄρρωστος εἶναι νῆστις. Σημειωτέον ὅτι παρατηρήθησαν ἀκόμη καὶ ἠλεκτροκαρδιογραφικαὶ ἀλλοιώσεις.

Πνευμονικαὶ ἐπιπλοκαί: αἱ πλέον συχναὶ εἶναι τὰ ἀποστήματα τοῦ πνεύμονος καὶ αἱ βρογχοπνευμονίαι, ὀφείλονται δὲ εἰς τὴν εἴσοδον τροφῶν ἐντὸς τῶν ἀεροφόρων ὁδῶν εἴτε κατὰ τὸν ὕπνον, εἴτε κατὰ τὴν οἰσοφαγοσκόπησιν.

Ἐχει ἐπίσης παρατηρηθῆ ἀτελεκτασία ἐκ πίεσεως τοῦ κυρίως βρόγχου ὑπὸ τοῦ οἰσοφάγου, δεξιὰ κυρίως, δεδομένου ὅτι ἡ κλίσις τούτου ἀριστερὰ παρεμποδίζεται ἀπὸ τὸ ἀορτικὸν τόξον καὶ τὴν ἀορτὴν. Ἡ ἀτελεκτασία αὕτη ὑποχωρεῖ, ἐὰν θεραπευθῆ ὁ μεγα—οίσοφάγος.

Ἐπιπλοκαὶ ἐκ τῶν ἄρθρων: λόγῳ ἀπορροφήσεων, ἰδίως εἰς ἐξηλωκωμένην φλεγμονὴν τοῦ βλεννογόνου τοῦ οἰσοφάγου, δημιουργεῖται «τοξικὴ ἀρθρίτις».

ΚΛΙΝΙΚΑΙ ΜΟΡΦΑΙ

Συμπτωματικαὶ μορφαί. Μία μικρᾶς ἐκτάσεως δυσφαγία, ὅταν συνοδεύεται καὶ ἀπὸ ἓν ἄτυπον σύμπτωμα, ὀδηγεῖ πρὸς ἐσφαλμένην διάγνωσιν. Οὕτω πόνοι παρὰ τὸ ἐπιγάστριον στρέφουν τὴν προσοχήν πρὸς πάθησιν τοῦ στομάχου. Οἱ θωρακικοὶ πόνοι προβάλλουν τὸ ἐρώτημα τῆς στηθάγχης, ἂν καὶ οἱ τοῦ μεγα—οίσοφάγου δὲν προκαλοῦνται κατόπιν κοπώσεως καὶ δὲν ἐπηρεά-

ζονται από τὰ νιτρώδη. Ἡ συνύπαρξις δυσφαγίας καὶ τοιούτων ἐπιωδύνων ἐπεισοδίων προσλαμβάνει μεγίστην διαγνωστικὴν ἀξίαν.

Αἱ λανθάνουσαι μορφαί, αἱ ἀπὸ πολλῶν ἐτῶν σιωπηρῶς ἐξελισσόμεναι, ἀποτελοῦν ἕτερον σημαντικὸν καὶ ἐνδιαφέρον διαγνωστικὸν πρόβλημα. Ἡ μεγάλη τυπικὴ διάταξις τοῦ οἰσοφάγου ἀποκαλύπτεται συνήθως κατόπιν μιᾶς κρίσεως οἰσοφαγίτιδος. Ὁ Hillemand ἐρμηνεύει τοῦτο ὡς περιόδους ἡρέμιας χωριζομένας ἀλλήλων ὑπὸ κρίσεων λίαν ἀπομακρυσμένων.

Αἰτιολογικαὶ μορφαί. Ἀπουσία κάθε ὀργανικῆς βλάβης, αἷτια τῆς στενώσεως εἶναι δυνατόν νὰ ἀποτελέσουν ὠριμένα γενικὰ νοσήματα καὶ νὰ δημιουργήσουν μεγα—οἰσοφάγον, ἔχοντα ὄλους τοὺς κλινικοὺς καὶ ἀκτινολογικοὺς χαρακτήρας τοῦ «Ιδιοπαθοῦς» τοιούτου. Τὸ γεγονός τοῦτο ἐνέχει μεγίστην σημασίαν ἀπὸ φυσιοπαθολογικῆς ἀπόψεως.

— Ἐνδοκρινῆ νοσήματα: πρόκειται τότε περὶ μεγα—οἰσοφάγου περιλαμβανομένου εἰς τὴν μεγα—σπλαγγίαν τῶν μεγαλακρικῶν, ἢ μεγα—οἰσοφάγου ἐν συνδυασμῷ μεθ' ἐνὸς μεγακόλου καὶ μεγα—στομάχου εἰς μυξοιδηματικὸν ἄρρωστον (Hillemand).

— Νοσήματα τοῦ νευρικοῦ συστήματος: μεγα—οἰσοφάγος εἰς ἄρρωστον πάσχοντα ἐκ tabes ἢ κατόπιν τραύματος τοῦ κρανίου. Νοσήματα ὀφειλόμενα εἰς νευροτρόπον ἰδὸν συνοδεύονται ἐνίοτε ὑπὸ μεγα—οἰσοφάγου: ἔρπηξ ζωστήρ τοῦ ἀκουστικοῦ, πολιομυελίτις μετὰ διαχύτων βλαβῶν. Ἀνάλογος συνύπαρξις παρατηρήθη εἰς βλάβας τοῦ τραχηλικοῦ συμπαθητικοῦ μετὰ συνδρόμου Claude Bernard—Horner. Ἔτερον αἷτιον μεγα—οἰσοφάγου εἶναι ἡ σύφιλις, λόγῳ εἰδικῶν ἀλλοιώσεων τῶν νεύρων τοῦ οἰσοφάγου.

Ἄλλοιώσεις τῆς σπονδυλικῆς στήλης—ὄπως ὀστεόφυτα— ἢ παθήσεις τοῦ μεσοθωρακίου—φυματιώδης ἀδενίτις—, ἀνεύρυσμα τῆς ἀορτῆς, ἀθηρωματώδης καὶ διηρυσμένη ἀορτή, προσβάλλουν τὰ νεῦρα τὰ ρυθμιζόντα τὸν τόνον καὶ τὴν κινητικότητα, δημιουργοῦσαι οὕτω μεγα—οἰσοφάγον. Ἀντιθέτως μία ἀπλή πίεσις τοῦ οἰσοφάγου θὰ προκαλέσῃ διάτασίν του, ἀλλὰ μόνον ὑπερθεν τοῦ σημείου πίεσεως.

— Λοιμώδη νοσήματα: ἰλαρά, κοκκύτης, τυφοειδῆς πυρετός, ὀστρακία.

Τοξικοὶ παράγοντες δύνανται νὰ δημιουργήσουν μεγα—οἰσοφάγον: μόλυβδος καὶ κυρίως ὑπερίτης.

— τὴν ὀξεῖαν μορφήν, συνισταμένην εἰς διάτασιν τοῦ οἰσοφάγου λόγῳ παραλύσεως τοῦ νευρο—μυϊκοῦ συστήματός του.

— σπαστικήν στένωσιν τῆς καρδιακῆς μοίρας, ἀκολουθουμένην ὑπὸ διατάσεως.

Εἰς τοὺς μορφινομανεῖς παρατηρεῖται ἀρκετὰ συχνὰ ὁ μεγα-οισοφάγος, σπανίως ὅμως μόνος. Συνήθως συνυπάρχει μὲ μίαν καθολικὴν μεγασπλαγγίαν. Ἡ ἀποτοξίνωσις ἐπαναφέρει τὰ ὄργανα ταῦτα εἰς τὴν φυσιολογικὴν τῶν κατάστασιν (Hillemand).

Μία στερητικὴ νόσος δύναται ἐπίσης νὰ δημιουργήσῃ μέγα οἰσοφάγον, ὡς ἀπέδειξεν ὁ Eitzel. Οὗτος παρετήρησεν εἰς τοὺς Ἰνδιάνους τῆς Βραζιλίας, τοὺς τρεφομένους ἀποκλειστικῶς μὲ ἀραβόσιτον καὶ ἄλευρον ἐκ τοῦ φυτοῦ μανιόκα, μέγαν ἀριθμὸν μεγαοισοφάγων. Συνυπῆρχε δὲ συχνὰ μεγα-ουρητήρ, μεγάκολον καὶ ἀχάλασία τοῦ πυλωροῦ. Ὡς ὑπεύθυνος παράγων τῶν ἀνωμαλιῶν αὐτῶν θεωρεῖται ἡ ἔλλειψις βιταμίνης Β₁, λόγῳ ἐλαττωματικῆς διατροφῆς.

Εἶναι ὅμως γεγονός, ὅτι σπανίως θ' ἀνεύρωμεν μίαν ἐκ τῶν ὡς ἄνω αἰτιολογιῶν, εἰς δὲ τὴν μεγάλην πλειονότητα τῶν περιπτώσεων ὁ λειτουργικὸς μεγαοισοφάγος ἐμφανίζεται ὡς «ἰδιοπαθής». Ἐάν τὸ ἀκριβὲς αἷτιον τούτου ἀγνοεῖται, δὲν ἔχει μολαταῦτα διαφύγει τῆς προσοχῆς ὁ ἰδιοπαθὴς ψυχισμὸς τῶν ἀρρώστων αὐτῶν. Πρόκειται, ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον, περὶ ἀγχωδῶν ἀρρώστων, μὲ διαταραχὰς τοῦ νευροφυτικοῦ συστήματος. Πλεῖσται ὄσασι παρατηρήσεις σημειῶνουν, ὅτι ἡ δυσφαγία ἐξεδηλώθη αἰφνιδίως, κατόπιν μιᾶς ἐντόνου συγκινήσεως, ἐνός ψυχικοῦ choc, τῶν ὁποίων ὁ ρόλος εἶναι σημαντικὸς καὶ διὰ τὴν περαιτέρω ἐξέλιξιν τῆς νόσου. Μερικοὶ μάλιστα συγγραφεῖς, ὅπως ὁ Ἄγγλος Jones, ἀποδίδουν εἰς τὸ ψυχικὸν τραῦμα σημαντικὸν ρόλον, σχεδὸν ἀποκλειστικόν, ὑποστηρίζοντες ὅτι ὁ μεγα-οισοφάγος δέον νὰ συμπεριληφθῇ εἰς τὸ πλαίσιον τῶν «ψυχοσωματικῶν νόσων».

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ

Ἡ διάγνωσις εἶναι σχετικῶς εὐχερῆς : δυσφαγία, ἰδίως «παράδοξος», συνοδευομένη ὑπὸ ἀναγωγῶν. Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις θὰ τὴν ἐπιβεβαιώσῃ, ἀποκλείουσα μίαν δυσφαγίαν ὀφειλομένην εἰς στένωσιν τοῦ οἰσοφάγου ἢ εἰς πῆλιν τούτου ἐξ ὄγκου τοῦ μεσοθωρακίου. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς ἡ διάτασις τοῦ οἰσοφάγου ἀφορᾷ τὴν ὑπερθεν τῆς στενώσεως ἢ τῆς πιέσεως μοῖραν του.

Ὅταν αἱ ἀναγωγαὶ εἶναι ὀψιμοί, μεγάλης ποσότητος καὶ δύσομοι, δὲν θὰ πρέπη νὰ ἐκκληφθοῦν ὡς ἔμετοι ἐκ πυλωρικῆς στενώσεως.

Ούσιαστικῶς ὅμως ἡ διάγνωσις θά στραφῆ περὶ τὴν αἰτιολογίαν τοῦ μεγα-οισοφάγου καὶ κυρίως θά ἐρευνηθῆ, ἐάν οὗτος εἶναι δευτεροπαθῆς ἢ πρωτοπαθῆς.

Ἡ ἀπουσία ὀργανικῶν ἀλλοιώσεων κατὰ τὴν ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν καὶ τὴν οἰσοφαγοσκόπησιν, ἢ ταχεῖα ἐκκένωσις τοῦ περιεχομένου τοῦ οἰσοφάγου ἐντὸς τοῦ στομάχου κατόπιν εἰσποῆς νιτρώδους ἀμυλλοῦ ἢ κατόπιν διηθήσεως τῶν σπλαγχνικῶν, ἐπιτρέπουν—ἦταν αἱ δύο αὗται δοκιμασίαι εἶναι σαφῶς θετικάι—τὴν διαφορικὴν διάγνωσιν μεταξὺ ὀργανικῆς καὶ λειτουργικῆς φύσεως μεγα-οισοφάγου.

Ἡ διάκρισις αὕτη μεταξὺ διαφόρου αἰτιολογίας μεγα-οισοφάγου πολλακίς δυσχεραίνεται ἐκ τοῦ γεγονότος, ὅτι ὁ λειτουργικῆς φύσεως ἐπιπλέκεται ἀπὸ στένωσιν φλεγμονώδη καὶ οὐλῶδη, δημιουργηθεῖσαν ἐκ τῆς στάσεως. Ἐκτὸς τούτου, εἰς τὴν περιπτώσιν ταύτην προβάλλει τὸ πρόβλημα τῆς διαφορικῆς διαγνώσεως μεθ' ἑνὸς καρκίνου τῆς καρδιακῆς μοίρας, μορφῆς σκίρρου. Τέλος, οὐχὶ σπανίως, κατὰ τὴν χειρουργικὴν ἐπέμβασιν ἀποκαλύπτεται ὅτι ὡς πρωτοπαθῆς θεωρηθεῖς μεγα-οισοφάγος εἶναι δευτεροπαθῆς, ὀφειλόμενος εἰς ὀργανικὸν αἶτιον.

Εἰς τὰ παιδιά, ἀνάλογον ἀκτινολογικὴν εἰκόνα δίδει μόνον ὁ ἰδιοπαθῆς μεγα-οισοφάγος. Κατὰ τὴν ἡλικίαν ταύτην δύνανται ἐπίσης νὰ προκαλέσουν δυσφαγίαν δύο εἰσέτι αἰτία:

— ἡ «συγγενῆς στένωσις». Πρόκειται μᾶλλον περὶ βροχο-οἰσοφάγου, ὅποτε μέρος τοῦ στομάχου εὐρίσκεται ἐντὸς τοῦ θώρακος. Ὅσον ἀφορᾷ τὴν στένωσιν, αὕτη ὀφείλεται συνήθως εἰς ἔλκος τοῦ οἰσοφάγου καὶ εἶναι λίαν ἐκσεσημασμένη, με ὄρια ὀμαλά καὶ λεῖα.

— στένωσις κατόπιν καταπόσεως καυστικοῦ ὑγροῦ. Καταλαμβάνει μίαν μοῖραν τοῦ οἰσοφάγου, 5—8 ἐκ. ὕψερθεν τοῦ διαφράγματος καὶ πιθανώτατα δημιουργεῖται ἐκ τῆς ἐπί τι χρονικὸν διάστημα κατακρατήσεως τοῦ καυστικοῦ ὑγροῦ ἐν τῇ μοίρᾳ ταύτῃ λόγφ μυϊκοῦ σπασμοῦ.

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Εἰς τὸ κεφάλαιον τῆς αἰτιολογίας ἐξεθέσαμεν τὰς κυριωτέρας θεωρίας γενέσεως τοῦ μεγα-οισοφάγου.

Ὁ Bard, ὑποστηρίζων τὴν συγγενῆ αἰτιολογίαν, ἐπεκαλεῖτο τὴν συχνὴν συνύπαρξιν με ἀναλόγους καταστάσεις ἄλλων ὀργάνων (μεγάκολον, μεγακύστιν), ὡς καὶ με ἄλλας συγγενεῖς ἀνωμαλίας

(βρογχεκτασΐαι, καρδιοπάθειαι). Εΐς τὴν θεωρίαν ταύτην ἀντιτίθεται ἡ κλινικῶς μακρὰ καὶ ἄνευ ἐκδηλώσεώς τινος ἐξέλιξις, ἡ δυνατότης ἀκτινολογικῆς παρακολουθήσεως τῆς προοδευτικῆς ἐγκαταστάσεως τοῦ μεγα—οισοφάγου.

Ἐν τῇ πραγματικότητι, ὁ συγγενῆς μεγα—οισοφάγος εἶναι ἐξαιρετικῶς σπάνιος καὶ ὀφείλεται εἰς τὴν παραμονὴν ἑνός, μορφολογικῶς, παιδικοῦ τύπου : οἰσοφάγος εὐρύς, λόγω διαταραχῶν ἀφορῶσάν τὴν ἀνάπτυξιν τοῦ νευρικοῦ συστήματος.

Ὁ Miskulicz ὑποστηρίζει τὴν θεωρίαν τοῦ «ἰδιοπαθοῦς σπασμοῦ» : τὸ καρδιακὸν στόμιον συσπῶμενον δὲν χαλαροῦται ἅμα τῇ ἐκεῖ ἀφίξει τῶν τροφῶν, με ἀποτέλεσμα τὴν ὑπερτροφίαν τῶν μυϊκῶν τοιχωμάτων τοῦ οἰσοφάγου. Ὡς ἐπακόλουθον τῆς προηγηθείσης πάλης ἔχομεν τὴν διάτασιν τοῦ οἰσοφάγου. Ἡ ἀνατομικὴ ὁμως ἐξέτασις δὲν ἐπιτρέπει τοιαύτας ὑποθέσεις, διότι ἀφ' ἑνός μὲν γνήσιος σφιγκτήρ δὲν ὑπάρχει, ἀφ' ἑτέρου δὲ ἡ μυϊκὴ ὑπερτροφία εἶναι ἐξαιρετικῶς σπάνια.

Ἄτεροι συγγραφεῖς ἐντοπιζοῦν τὸν σπασμὸν παρὰ τὸ οἰσοφαγικὸν τρῆμα τοῦ διαφράγματος, εἰς τὰς κινήσεις τοῦ ὁποῖου ἀποβιβδουν ἰδιάζουσαν σημασίαν, ἢ παρὰ τὴν κοιλιακὴν μοῖραν τοῦ οἰσοφάγου. Ἀκτινολογικῶς, ὁμοῦς, ὁ κάτω πόλος τοῦ θύλακος δὲν ἀντιστοιχεῖ πρὸς τὸ διάφραγμα, κατὰ δὲ τὴν χειρουργικὴν ἐπέμβασιν τὸ οἰσοφαγικὸν στόμιον διαστέλλεται εὐκόλως.

Σήμερον αἱ μόναι ἐπικρατοῦσαι θεωρίαι εἶναι αἱ ἐπικαλούμεναι λειτουργικὰς διαταραχὰς τοῦ νευρικοῦ συστήματος τοῦ οἰσοφάγου.

Ἐπενθυμίζομεν, ὅτι τὸ πνευμονογαστρικὸν ἐξασφαλίζει τὸν κινητικὸν περισταλτισμὸν τοῦ οἰσοφάγου ὡς καὶ τὴν διάνοξιν τοῦ καρδιακοῦ στομίου κατὰ τὴν δίοδον τοῦ βλωμοῦ. Τὸ συμπαθητικόν, διὰ τῶν σπλαγγνικῶν, ἐξασφαλίζει τὸν τόνον τῶν τοιχωμάτων ὡς καὶ τὸ κλείσιμον τοῦ καρδιακοῦ στομίου κατὰ τὴν ἀνάπαυσιν.

Εἰς τὸν κύνα ἡ διατομὴ τῶν πνευμονογαστρικῶν προκαλεῖ παράλυσιν, διάτασιν τοῦ οἰσοφάγου καὶ σύσπασιν τοῦ καρδιακοῦ στομίου (Cl. Bernard). Ἡ σύγχρονος διατομὴ τῶν δύο τραχειο—θωρακικῶν ἀλύσεων τοῦ συμπαθητικοῦ ἐμποδίζει τὴν διάτασιν.

Εἰς τὸν ἄνθρωπον παρατηρεῖται ἀνάλογον, οὐχὶ ὁμοῦς σταθερόν, φαινόμενον, κατόπιν θωρακικῆς διατομῆς τῶν πνευμονογαστρικῶν, ἧτις ὡς γνωστὸν ἐκτελεῖται ἤδη διὰ τὰ ἔλκη. Τὴν τρίτην περίπου ἡμέραν, μετὰ τὴν διατομὴν, ἐκδηλοῦται δυσφαγία. Ἀκτινολογικῶς παρατηρεῖται παρὰ μὲν τὸ κάτω τρίτημόριον τοῦ οἰσοφάγου μία δυσχερεστάτη διάβασις ὑπερθεν δὲ μία ἄτονος καὶ διηυρυσμένη

μοῖρα. Αἱ διαταραχαὶ αὐταὶ διαρκοῦν περί τὰς ὀκτὼ ἡμέρας (Roh, Jones). Καί εἰς τὸ ζῶον καὶ εἰς τὸν ἄνθρωπον ἢ διὰ νοβοκαΐνης διήθησις τῶν σπλαγγνικῶν ἐπιφέρει τὴν διάνοξιν τοῦ καρδιακοῦ στομίου.

Ἡ καλὴ λειτουργία τοῦ οἰσοφάγου προϋποθέτει :

— Ἰκανὸν μυϊκὸν τόνον, ὥστε τὰ τοιχώματα νὰ περιβάλλουν τὸν βλωμόν,

— φυσιολογικὸν περισταλτισμόν,

— σύγχρονον διάνοξιν τοῦ καρδιακοῦ στομίου.

Τὸ ἐνδοτοιχωματικὸν νευρικὸν σύστημα, τὸ εὗρισκόμενον ἐντὸς τοῦ ὑποβλεννογονίου καὶ ἰδίως μεταξὺ τῶν κυκλοτερῶν καὶ ἐπιμήκων μυϊκῶν στιβάδων, ἔχει ἀμέσους σχέσεις μετὰ τοῦ πνευμονογαστρικοῦ, τοῦ συμπαθητικοῦ, ἐν ἀρμονίᾳ δὲ ἐξασφαλίζει τὰ τρία ὡς ἄνω φαινόμενα.

Ὁ Hurst ἐπεκαλέσθη τὴν διαταραχὴν τοῦ νευρικοῦ συστήματος ἣτις ἐμποδίζει τὴν διάνοξιν τοῦ καρδιακοῦ στομίου. Δημιουργεῖται, οὕτω, μία δυναμικὴ ἀπόφραξις, ἢ «ἀχαλασία», (achalasia) ὀφειλομένη εἰς νευροφυτικὴν δυστονίαν, ἐντετοπισμένην παρὰ τὴν ὀφειλομένην εἰς φυσιολογικὴν μοῖραν τοῦ οἰσοφάγου. Ὁ Hurst ἀπέδειξεν ὅτι, φυσιολογικῶς, τὸ καρδιακὸν στόμιον παραμένει κλειστόν, ἀνθιστάμενον εἰς πίεσιν 20 ἐκ. στήλης ὕδατος. Ὅταν ἡ πίεσις εἶναι μεγαλυτέρα, τὸ ὕγρὸν ρεεῖ ἐντὸς τοῦ στομάχου, μέχρις ὅτου ἡ στήλη ἐπανεέλθῃ εἰς τὰ 20 ἐκ.

Αἱ ἀκτινολογικαὶ ἐξετάσεις ἐπιβεβαιοῦν τὰ ἀνωτέρω : τὸ ὕγρὸν περιεχόμενον τοῦ μεγα—οισοφάγου ἐγγίζει τὸ ἀορτικὸν τόξον τοῦ ὁποίου τὸ ὕψος καὶ δὲν ὑπερβαίνει, καὶ ὄπερ ἀντιστοιχεῖ εἰς 20 ἐκ. στήλης ὕδατος. Οὕτως ὁ ἄτονος οἰσοφάγος κενοῦται παθητικῶς μόλις τὸ περιεχόμενον τοῦ ὑπερβῆ τὸ ὄριον τοῦτο, ὅπως ἐν δοχείῳ μὲ σταθερὸν ἐπίπεδον.

Τὴν θεωρίαν τῆς ἀχαλασίας ἐνισχύει σημαντικῶς ἡ παρὰ τὸ τελευταῖον τριτημόριον τοῦ οἰσοφάγου διαπίστωσις ἱστολογικῶν ἀλλοιώσεων τῶν ἐνδοτοιχωματικῶν νευρικῶν πλεγμάτων. Ἀρχικῶς πρόκειται περὶ φλεγμονωδῶν φαινομένων παρὰ τὰ γάγγλια καὶ τὰς νευρικὰς ἴνας. Εἰς ἐπόμενον στάδιον προκαλεῖται ἴνωσις μὲ πλήρη καταστροφὴν τῶν κυττάρων (Roke). Πιθανώτατα διάφοροι δηλητηριάσεις ἢ λοιμώξεις προσβάλλουν τὰ νεῦρα καὶ δημιουργοῦν οὕτω μεγα—οισοφάγους ἔχοντας τοὺς χαρακτηρηστικὰς ἀκόμη ἢ πλέον

παρὰ τὸ γεγονὸς, ὅμως, ὅτι καὶ μέχρι σήμερον ἀκόμη ἢ πλέον ἱκανοποιητικῶς ἐξηγοῦσα τὸν μεγα—οισοφάγον θεωρεῖται εἶναι ἡ τῆς «ἀχαλασίας», ὡς δίδουσα ἀπαντήσεις εἰς πολλὰς ἀπορίας ἐπὶ τῆς

νόσου ταύτης, παρουσιάζει και αυτή πολλά άσθηνη σημεΐα. Ούτως εις πολλά άνατομικά παρασκευάσματα δέν διεπιστώθησαν αΐ νευρική και άλλοιώσεις εκείναι, αΐτινες και άποτελοϋν την άνατομικήν βάση της θεωρίας της άχαλασίας. ΟΙ "Αγγλοι συγγραφείς, Ιδίως ο Jones, ύποστηρίζουν έξ άλλου, ότι αΐ έκφυλιστικά αΐται άλλοιώσεις τών νευρικών στοιχείων είναι τό άποτέλεσμα και ούχι τό αίτιον τοϋ μεγα—οισοφάγου.

Ούτως, εις πλείστας όσας περιπτώσεις, τό άρχικόν αίτιον της λειτουργικής διαταραχής παραμένει εισέτι άγνωστον. Δι' ό και ό Jones άποδίδει μεγίστην σημασίαν εις τόν ψυχικόν παράγοντα και κατατάσσει —ύπερβάλλων προφανώς—τόν μεγαοισοφάγον εις τās «ψυχο—σωματικές νόσους».

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

1. Φαρμακοδισαιτητική. 'Απαραίτητος και έκ τών πλέον σημαντικών μεθόδων. Τά γεύματα δέον νά λαμβάνωνται βραδέως, αΐ τροφαί εις ήμιπολτώδη κατάστασιν (σοϋπαι, πουρές, κυμάς) και πλούσιαι εις λευκάματα και βιταμίνας. Αΐ κρίσεις δυσφαγίας και κατακρατήσεις προκαλοϋνται συχνότατα άπό δισαιτητικές παρεκκλίσεις.

Πρός καταπολέμησιν της δυσφαγίας και της συνυπαρχούσης οίσοφαγίτιδος συνιστώνται αΐ διά τοϋ καθητήρος τοϋ Faucher πλύσεις τοϋ οίσοφάγου με έλαφράν διάλυσιν διττανθρακικοϋ νατρίου, 3—4 ώρας μετά τά γεύματα. Πρό τών γευμάτων θά χορηγήσωμεν : νιτρώδες άμόλιον, Oxylnitrite, νιτρογλυκερίνην : 3 έως 5 σταγόνας επί της γλώσσης. Τό νιτρώδες νάτριον θά χορηγηθῆ μετά περισκέψεως, λόγω της μεθαιμοσφαιριναιμίας ήν προκαλεΐ. Θά χορηγήσωμεν επίσης λουμινάλην, ένδοφλεβίως δε γλυκονικόν άσβέστιον μετά βιταμίνης Β₁. 'Αναλόγως επίσης της καταστάσεως τοϋ άρρώστου θά χορηγήσωμεν πλάσμα ή όλικόν αίμα.

'Η δυσφαγία βελτιοϋται επίσης τά μέγιστα κατόπιν άμφοτεροπλεύρου διηθησεως τών σπλαγχνικών ανά 2 ή 3 ήμέρας, ήτις χρησιμεϋει συγχρόνως και ως άρίστη προεγχειρητική παρασκευή τοϋ άρρώστου.

Εις περίπτωσιν έντόνου οίσοφαγίτιδος ό Bockus συνιστά την μέσφ οίσοφαγοσκοπίου εισαγωγήν μονίμου καθητήρος, διά τοϋ όποίου και τρέφεται ό άρρώστος, ούτως ώστε νά παύσῃ ό έρεθισμός έκ τών τροφών.

'Εάν τυχόν άποκαλυφθῆ ό παράγων ό προκαλέσας την διατα-

ραχήν ταύτην τοῦ νευροφυτικοῦ συστήματος, ἢ θεραπεία, φυσικά, θὰ στραφῆ πρὸς τὴν κατεύθυνσιν ταύτην: μυξοίδημα, προσβολὴ τοῦ νευρικοῦ συστήματος (σύφιλις κλπ.), μορφινομανία, ὄγκος, ἔλκος τοῦ οἰσοφάγου, διαφραγματοκῆλη.

Εἰς τινὰς ὁμοίως περιπτώσεις ἢ λειτουργικὴ ἴσσις δὲν συμβαδίζει μὲ τὴν ἀνατομικὴν τοιαύτην. Οὕτω μία αἰτιολογικὴ θεραπεία δυνάτον νὰ ἐξαφανίσῃ τὴν δυσφαγίαν, τὰ διάφορα ἄλλα λειτουργικῆς φύσεως ἐνοχλήματα, τόσον ὥστε πρακτικῶς ὁ ἄρρωστος νὰ θεωρηθῆται ὡς ἰαθεὶς. Καὶ ὁμοίως, ἡ διάτασις τοῦ οἰσοφάγου παραμένει ἢ αὐτῇ, ὡς ἔαν τὸ μυϊκὸν τοῦ σύστημα νὰ μὴ εἶναι πλέον ἰκανὸν νὰ ἐπανεύρῃ τὸν τόνον του.

2. Τεχνικὰ μέσα. Ταῦτα ἔχουν ὡς σκοπὸν τὴν διαστολὴν τῆς κάτω μοίρας τοῦ οἰσοφάγου.

Πρὸς τοῦτο χρησιμοποιεῖται συνήθως ὁ ὑδραργυρικὸς καθετῆρ τοῦ Inurrigaro. Πρόκειται περὶ ἑνὸς ἐλαστικοῦ καθετῆρος μὲ κωνοειδῆς ἄκρον, ὅστις εἰς τὸ ἐσωτερικὸν του περιέχει ποσότητα Hg. Ἐξασφαλίζεται οὕτως ἡ προώθησις τοῦ καθετῆρος καὶ ἡ διόδος του διὰ τῆς ἐστενωμένης μοίρας τοῦ οἰσοφάγου. Παραδόξως οἱ μεγάλοι εὔρους καθετῆρες εἶναι καὶ οἱ καλλίτερον ἀνεκτοί. Πολὺ συχνά, ἀπὸ τοῦ πρώτου ἤδη καθετηριασμοῦ, ἡ διατροφή τοῦ ἄρρώστου καθίσταται δυνατὴ καὶ σχεδὸν φυσιολογικὴ. Αἱ διαστολαὶ ἐπαναλαμβάνονται μετὰ τινὰς ἡμέρας, ἐν συνεχείᾳ δὲ μετὰ εβδομάδας. Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον οἱ ἄρρωστοὶ συνηθίζουν τόσον, ὥστε νὰ προβαίνουν μόνοι τῶν εἰς τὸν καθετηριασμόν, διάγοντες φυσιολογικὴν ζωὴν. Ἐάν μετὰ τὸν πέμπτον ἢ ἕκτον καθετηριασμόν ἢ βελτίωσις δὲν εἶναι σημαντικὴ, τότε προτιμότερον νὰ καταφύγωμεν εἰς τὴν χειρουργικὴν ἐπέμβασιν. Ἐάν ὁ μὲ ὑδράργυρον οὗτος καθετῆρ δὲν δύναται νὰ διέλθῃ τὴν ἐστενωμένην μοῖραν τοῦ οἰσοφάγου, οἱ καθετηριασμοὶ ἐκτελοῦνται διὰ λίαν λεπτοῦ κηρίου, μέσῳ τοῦ οἰσοφαγοσκοπίου μὲ εὐνοϊκὰ ἐνίοτε ἀποτελέσματα.

Ἡ ὑδροστατικὴ σφαῖρα τοῦ Negus ἢ τοῦ Plummer θὰ εἰσαχθῆ, ἀφοῦ προηγηθῆ εἰσαγωγή τοῦ οἰσοφαγοσκοπίου, πλῦσις τοῦ οἰσοφάγου καὶ διαστολὴ τοῦ καρδιακοῦ στομίου μὲ κηρία μεγέθους μέχρι 30. Ἡ σφαῖρα ἐπικεντροῦται ἀκριβῶς ἐπὶ τῆς ἐστενωμένης μοίρας καὶ διαστέλλεται διὰ 20 ἕως 40 ἐκ. στήλης ὕδατος. Ἐκτελοῦνται καὶ πολλοὶ τοιαῦται διαστολαὶ κατὰ διάφορα χρονικὰ διαστήματα. Ἡ μέθοδος αὕτη ἀποδίδει θαυμάσια ἀποτελέσματα εἰς τὰ 4/5 τῶν περιπτώσεων. Αἱ ὑπόλοιποι ὑποβάλλονται εἰς τὴν ἐγχείρησιν κατὰ Heller.

Τὴν ὡς ἄνω, ὁμως, μέθοδον ἀπαγορεύει ἡ ὑπαρξίς ἐξελεκώσεων παρὰ τὴν κάτω μοῖραν τοῦ οἰσοφάγου, λόγω κινδύνου ρήξεως τοῦ οἰσοφάγου καὶ προκλήσεως σηπτικῆς μεσαυλιτιδος. Τέλος, αἱ μέθοδοι αὗται διαστολῆς εὐρίσκουν ἐφαρμογὴν, ὅταν ὁ οἰσοφάγος εἶναι εὐθύς καὶ οὐχὶ κεκαμμένος ἐν εἴδει περικνημίδος (δολιχομεγασιοσοφάγος), ὁπότε εἶναι ἀδύνατος ἡ τοποθέτησις τῆς σφαίρας παρὰ τὴν ἐστενωμένην μοῖραν.

3. Χειρουργικαὶ μέθοδοι. Πολλαὶ χειρουργικαὶ ἐπεμβάσεις, βασιζόμεναι εἰς φυσιολογικά δεδομένα, ἔχουν προταθῆ: ἀμφοτερόπλευρος θωρακο—τραχηλικὴ συμπαθηκτομὴ (Graig, Vinson), ἔκτομή τῶν σπλαγχνικῶν.

Ἡ πλήρης τομὴ ὄλων τῶν κλάδων δὲν ἐπιτυγχάνεται διὰ τῆς ἔκτομῆς τῶν σπλαγχνικῶν—κοιλιακῆ ἢ θωρακικῆ ὁδός— καὶ ὡς ἐκ τούτου πρέπει νὰ εἶναι ἀμφοτερόπλευρος. Πράγματι, αἱ μεμονωμέναι σπλαγχνικοεκτομαὶ δὲν γίνονται πλέον, δεδομένου ὅτι ἐπιτυγχάνονται περισσότερον εὐνοϊκὰ ἀποτελέσματα διὰ τῶν διὰ νοβοκαίνης διηθήσεων. Μολαταῦτα, ἡ ἔκτομή τοῦ ἀριστεροῦ σπλαγχνικοῦ εἶναι ὠφέλιμος, ὡς συμπληροῦσα τὴν κατὰ Heller ἐπέμβασιν, ὁσᾶκις αὕτη δὲν ἀπέδωσε ἀπολύτως εὐνοϊκὰ ἀποτελέσματα.

Ἡ ἐγχείρησις κατὰ Heller: Ἄν καὶ ὁ μηχανισμός κατὰ τὸν ὁποῖον δρᾷ ἡ ἐπέμβασις αὕτη συζητεῖται εἰσέτι, εἶναι μολαταῦτα βέβαιον ὅτι ἀποτελεῖ τὴν βάσιν τῆς χειρουργικῆς θεραπείας τοῦ μεγα-οἰσοφάγου.

Πρὸ τῆς ἐγχειρήσεως καὶ κατόπιν ναρκώσεως, πολλοὶ προβαίνουν εἰς οἰσοφαγοσκόπησιν καὶ ἀναρρόφησιν τῶν οἰσοφαγικῶν περιχομένων—ἰδίως ὑπολειμμάτων τροφῶν—ἅτινα παρέμειναν, παρὰ τὰς προηγηθείσας πλύσεις. Καὶ ἄλλοι μὲν χειρουργοῦν διὰ τῆς θωρακικῆς ὁδοῦ, κατόπιν ἔκτομῆς τῆς ἀριστερᾶς ὀγδός πλευρᾶς. Ἐν Γαλλίᾳ ἀρκετοὶ προτιμοῦν τὴν κοιλιακὴν ὁδόν, ὡς προκαλοῦσαν μικρότερον χῶς, ἀποφεύγοντες συγχρόνως τὴν διάνοιξιν τοῦ ὑπεζωκότος. Ἡ ὁδὸς αὕτη ἐνδείκνυται κυρίως εἰς τὰ παιδιά, τοὺς γέροντας καὶ γενικῶς τὰ καχεκτικὰ ἄτομα.

Εἴτε διὰ τῆς θωρακικῆς—συνθεότερον—εἴτε διὰ τῆς κοιλιακῆς, προβαίνουν εἰς ἔξω—βλεννογόνιον οἰσοφαγο-καρδιοτομήν, τέμνοντες ὄλας τὰς μυϊκὰς στιβάδας κατὰ κάθετον διεύθυνσιν, περιλαμβάνοντες ὀλόκληρον τὴν κατωτέραν μοῖραν τοῦ οἰσοφάγου, μέχρι καὶ τοῦ στομάχου. Ἡ ἐγχείρησις αὕτη ἔχει μεγάλας ἀναλογίας μετὰ τὴν ἔξω—βλεννογόνιον πυλωροτομήν, τὴν ἐκτελουμένην εἰς τὰς συγγενεῖς στενώσεις τοῦ πυλωροῦ τῶν βρεφῶν.

Διὰ τὴν ἐπίτευξιν εὐνοϊκῶν ἀποτελεσμάτων, δύο προϋποθέσεις εἶναι ἀπαραίτητοι :

— Εὐρεῖα ἀπελευθέρωσις τῆς κάτω μοίρας τοῦ οἰσοφάγου διὰ τῆς ὁποίας ἐκτελεῖται συγχρόνως περιοισοφαγικὴ συμπαθηκτομή.

— Πλήρης τομὴ τῶν μυϊκῶν δεσμιδῶν εἰς ἰκανὸν ὕψος, 9—12 ἐκ., φθάνουσα μέχρι τῆς διατεταμένης μοίρας τοῦ οἰσοφάγου. Ὅταν ταμοῦν ὄλαι αἱ μυϊκαὶ Ἴνες, ὁ βλεννογόνος προπίπτει μέσῳ τῆς τομῆς. Ὁ μόνος κίνδυνος τῆς ἐπεμβάσεως ταύτης εἶναι ἡ διάνοιξις τοῦ οἰσοφάγου καὶ ἡ σπητικὴ μεσαυλίτις.

Ἡ μετεγχειρητικὴ πορεία εἶναι λίαν ἀπλή : τὴν τρίτην ἡμέραν ὁ ἄρρωστος λαμβάνει ὑγρὰ καὶ ἐγείρεται, τὴν δὲ ἐνάτην σιτίζεται φυσιολογικῶς. Εἰς τὰς πλείον εὐνοϊκὰς περιπτώσεις δυσφαγία καὶ ἀναγωγαὶ ἐξαφανίζονται, κατὰ δὲ τὴν ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν ὁ βαριοδχος πόλτος προχωρεῖ φυσιολογικῶς, ἄνευ στάσεως, πρὸς τὸ βαριοδχὸν στόμιον, ὅπου παρατηρεῖται ἐκ νέου ἡ ὑπαρξίς ἀεροθακρδιακῶν στόμιον, ὅπου παρατηρεῖται ἐκ νέου ἡ ὑπαρξίς ἀεροθακρδιακῶν στόμιον, ὅπου παρατηρεῖται ἐκ νέου ἡ ὑπαρξίς ἀεροθακρδιακῶν στόμιον, ὅπου παρατηρεῖται ἐκ νέου ἡ ὑπαρξίς ἀεροθακρδιακῶν στόμιον. Τὸ εὔρος τοῦ οἰσοφάγου, ὀλίγον κατ' ὀλίγον, ἐπανευρίσκει τὰ φυσιολογικά του ὄρια, ἂν καὶ συχνὰ οἱ λίαν ἐκσεσημασμένοι μεγα—οἰσοφάγοι, καὶ μετὰ τὴν ἐγχείρησιν, παραμένουν διηυρυσμένοι. Ἀρκετὰ συχνὰ ἐπίσης παρατηρεῖται μίᾳ ἀντίθεσις μεταξὺ τῶν εὐνοϊκῶν λειτουργικῶν ἀποτελεσμάτων καὶ τῶν εἰσέτι ἀνωμάτων ἀκτινολογικῶν εὐρημάτων. Δυνατὸν ἐπίσης νὰ μὴ ἐξαφανισθοῦν πλήρως μερικαὶ ἀναγωγαὶ ἢ τὸ ὀπισθοστερνικὸν βάρος. Γενικῶς ὅμως τὰ ἀποτελέσματα τῆς ἐγχειρήσεως κατὰ Heller εἶναι ἐξαιρετικὰ εἰς τὰ 70—80% τῶν περιπτώσεων, μετὰ ἢ ἄνευ συγχρόνου ἐκτομῆς τοῦ ἀριστεροῦ σπλαγχνικοῦ.

Ὅσακις τὰ μετεγχειρητικὰ ἀποτελέσματα τῆς ἐγχειρήσεως κατὰ Heller δὲν εἶναι εὐνοϊκὰ, καὶ συνήθως τοῦτο παρατηρεῖται εἰς περιπτώσεις ἀνεπαρκῶς μυοτομῆς, προβαίνουν εἴτε εἰς νέαν καὶ εὐρυτέραν μυϊκὴν τομὴν εἴτε εἰς ἐπεμβάσεις ἄλλου τύπου, μὲ σκοπὸν τὴν δημιουργίαν εὐρείας ἐπικοινωνίας μεταξὺ τοῦ διηυρυσμένου οἰσοφάγου καὶ τοῦ στομάχου. Ἐξ αὐτῶν ἡ πλαστικὴ τοῦ καρδιακοῦ στομίου συνίσταται εἰς τὴν ἐγκαρσίαν συρραφὴν μιᾶς καθέτου τομῆς ἀφορώσης τὴν ἐστενωμένην ζώνην. Ἄλλοι προβαίνουν εἰς ἀναστόμωσιν τοῦ οἰσοφάγου μετὰ τοῦ πυθμένου τοῦ στομάχου, μετὰ ἢ ἄνευ ἐκτομῆς τοῦ οἰσοφάγου (ἐγχειρήσις κατὰ Heyrowski).

Πάντες ὅμως συμφωνοῦν εἰς τὸ ὅτι αἱ ἐγχειρήσεις αὗται θὰ ἐκτελοῦνται μόνον κατόπιν ἀποτυχίας τῆς κατὰ Heller. Καὶ τοῦτο, διότι ὑπάρχει πάντοτε ὁ κίνδυνος προκλήσεως βαρείας πεπτικῆς οἰσοφαγίτιδος, λόγῳ παλινδρομήσεως τοῦ γαστρικοῦ ὑγροῦ. Ἡ

οίσοφαγίτις αὕτη θά ἐκδηλωθῆ με ἔντονον καί ἐπώδυνον αἴσθημα καύσου κατά τήν κατάποσιν ἢ τήν πλαγίαν κατάκλισιν, εἰς τόν ὁποῖον καθύσον ἐπιπροστίθεται καί ἐπώδυνος δυσφαγία. Συνήθεις, ἐπίσης, εἶναι αἱ αἱμορραγίαι, ὑπό μορφήν αἵματεμέσεων, κυρίως ὁμως μελαίνης, εἴτε σαφοῦς εἴτε μικροσκοπικῆς, δυναμένης νά προκαλέσῃ βαρεῖαν ἀναιμίαν. Σημειωτέον, ὅτι ἔχουν ἀναφερθῆ καί θανατηφόροι αἱμορραγίαι. Κατά τήν οἰσοφαγοσκόπησιν θά παρατηρήσω-



Εἰκὼν 2. Μεγα-οἰσοφάγος πρὸ τῆς ἐγχειρήσεως.
(Περίπτωσις Καθηγ. κ. Κ. Ἀλιβιζάτου).

μεν ὅτι ὁ βλεννογόνος, εἰς ἑκτασιν 8—10 ἐκ. ὕπερθεν τῆς ἀναστομώσεως, εἶναι ἐξέρυθρος, οἰδηματώδης καί αἱμάσσων.

Ἡ πλαστικὴ τοῦ καρδιακοῦ στομίου εἶναι ἐκείνη ἣτις προκαλεῖ τὰς πλέον σοβαρὰς ἐπιπλοκάς, ἐνῶ, ἀντιθέτως, ἡ ἐγχείρησις κατὰ Heygowski δίδει πλέον εὐνοϊκὰ ἀποτελέσματα καί σπανίως δημιουργεῖ τὴν οἰσοφαγίτιδα. Διάφοροι τεχνικαὶ βελτιώσεις προσπαθοῦν νά

ἀποφύγουν τὴν οἰσοφαγίτιδα ταύτην, ὡς καὶ τὰς ὑπὸ μορφὴν διαφραγματοκῆλης ἄλλας ἐνοχλήσεις. Σημειωτέον, ὅτι αἱ πεπτικαὶ αὗται οἰσοφαγίτιδες προσλαμβάνουν ἐνίοτε τοιαύτην ἔντασιν καὶ σοβαρότητα, ὥστε νὰ ἀπαιτῆται δευτερεύουσα γαστρεκτομή, ἀκόμη καὶ ἀναστόμωσις μεταξὺ οἰσοφάγου—νήστεως.

Ὅσον ἀφορᾷ τὰς ἀναστομώσεις μεταξὺ οἰσοφάγου καὶ στομάχου, ὁ Καθηγητὴς κ. Κ. Ν. Ἀλιβιζάτος, εἰς ἀνακοίνωσίν του ἐν



Εἰκὼν 3. Ἡ αὐτὴ περίπτωση μετὰ τὴν ἐπέμβασιν κατὰ τὴν μέθοδον τοῦ Καθηγ. κ. Κ. Ἀλιβιζάτου. (βλ. κείμενον).

τῇ Γαλλικῇ Ἀκαδημίᾳ Χειρουργικῆς, τονίζει τὰ ἑξῆς: α) ἡ ἀναστόμωσις ἐνδείκνυται ἐκεῖ ὅπου ὑπάρχει ἀρκούντως διατεταμένη ὑποδιαφραγματικὴ μοῖρα τοῦ οἰσοφάγου, β) ὅτι ἡ ἀναστόμωσις δεόν νὰ εἶναι ἀποκλειστικῶς ὑποδιαφραγματικὴ, οὕτως ὥστε νὰ ἀποφεύγεται ἡ παλινδρόμησις λόγῳ διατηρήσεως τῆς γωνίας τοῦ Hiss, καὶ

γ) εἰς ὅλας τὰς ἄλλας, τὰς καὶ περισσοτέρας, περιπτώσεις ἢ καρδιομυοτομῆ ἢ ἐπιμήκης μυεκτομῆ δεόν νά ἐκτελεῖται διὰ τῆς θωρακικῆς ὁδοῦ.

Εἰς νεωτέραν ἀνακοίνωσίν του ὁ Καθηγητής κ. Κ. Ἀλιβιζάτος ἐπρότεινε νέαν παραλλαγὴν τῆς εὐρείας μυοτομίας. Βασιζόμενος εἰς τὰ φυσιολογικά δεδομένα, σύμφωνα μὲ τὰ ὁποῖα ἡ σύσπασις τοῦ διαφράγματος δρᾷ ἐπὶ τοῦ οἰσοφάγου, μειοῦσα τὸ εὖρος του, ὅποτε ἡ συμπίεσις αὐτῆ εἰς πᾶσαν πλείον τοῦ διαφράγματος ἐπὶ τοῦ καρδιακοῦ στομίου, κατὰ τὴν εἰσπνοήν, θά ἐμποδίζῃ καὶ τὴν παλινδρόμησιν (reflux), ἐσκέφθη νά ἐκμεταλλευθῇ χειρουργικῶς τὴν φυσιολογικὴν ταύτην λειτουργίαν διὰ τῆς ἐξῆς τεχνικῆς: ἵνα καταστοῦν πλέον στεναίαι σχέσεις τῆς συνόλης περιοχῆς οἰσοφάγου—καρδιακοῦ στομίου—στομάχου μετὰ τοῦ ταμέντος διαφράγματος καὶ ὁ μετακινήθεις οἰσοφάγος νά ὑφίσταται ὑποχρεωτικῶς τὴν ἐπίδρασιν τοῦ διαφραγματικοῦ μυός κατὰ τὴν δίοδον τῶν τροφῶν, στερεώνει τὰ δύο χεῖλη τοῦ ὀρογόνου καὶ μυϊκοῦ χιτῶνος τοῦ οἰσοφάγου μὲ τὰ χεῖλη τῆς ἐπιμήκου σχισμῆς τοῦ διαφράγματος. Τοιοῦτοτρόπως ἡ κάτω μοῖρα τοῦ οἰσοφάγου μετὰ τοῦ καρδιακοῦ στομίου ἀκολουθοῦν τὰς φυσιολογικὰς κινήσεις συσπάσεως καὶ χαλάρωσεως τοῦ διαφράγματος, ὅποτε καὶ διευκολύνεται ἡ διάνοξις καὶ ἀπόφραξις, κατὰ τὴν κατάποσιν, τοῦ οἰσοφαγικοῦ στομίου καὶ ἀποφεύγεται κατὰ τὸ δυνατόν ἡ παλινδρόμησις τῶν στομαχικῶν ὑγρῶν.

Τὰ διὰ τῆς μεθόδου ταύτης ἐπιτευχθέντα ἀποτελέσματα, ἅμμεσα καὶ ἀπομεμακρυσμένα, ὑπῆρξαν ἄριστα. Ἡ κλινικὴ βελτίωσις (ἐξοφάνισις τῶν φαινομένων δυσφαγίας) συμβαδίζει μὲ τὴν ἀνατομικὴν, ἦτοι τὴν σημαντικὴν ἐλάττωσιν τοῦ εὗρους τοῦ διατεταμένου οἰσοφάγου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ Β'

Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Αί πρόσφατοι πρόοδοι τῆς Χειρουργικῆς ἔφεραν ἐκ νέου εἰς τὴν πρώτην θέσιν τὸ θέμα τοῦ καρκίνου τοῦ οἰσοφάγου. Πράγματι, αἱ ἔξαιρετικά τολμηραὶ ἐπεμβάσεις, προκαλοῦσαι συχνότατα τὸν θάνατον διὰ τὴν τεχνικὴν τῶν τελειότητων, προώθησαν τὴν μελέτην τῆς νόσου ταύτης, τόσο ἀπὸ ἀνατομικῆς καὶ παθολογοανατομικῆς ἀπόψεως ὅσον καὶ ἀπὸ τῆς ἀπόψεως τῆς πρωτοῦ διαγνώσεως.

Αἱ πρόοδοι, ἐξ ἄλλου, τῆς ραδιο— καὶ ἀκτινοθεραπείας δὲν κατάρθωσαν νὰ παραμερίσουν τὴν χειρουργικὴν θεραπείαν. Καὶ σήμερον ἀκόμη, παρὰ τὴν σημαντικὴν θνησιμότητα, ἡ μόνη ριζικὴ θεραπεία παραμένει ἡ εὐρεία ἐκτομὴ τοῦ οἰσοφάγου. Διὰ ταύτην ὅμως εἶναι εὐνόητος ἡ ἀνάγκη τῆς πρωτοῦ διαγνώσεως, διὰ τῆς ὁποίας θ' ἀποκαλυφθῇ ἡ ὕπαρξις τοῦ καρκίνου καὶ ἡ ἀκριβὴς ἐντόπι- σίς του, πρὶν ἢ οὗτος διασπείρῃ μεταστάσεις, αἵτινες θ' ἀποκλει- σουν πλέον οἰανδῆποτε χειρουργικὴν ἐπέμβασιν. Εἶναι ἐπομένως εὐκόλως ἀντιληπτόν, ὅτι, ὅπως καὶ δι' ὄλους τοὺς καρκίνους, καὶ ἐδῶ ἡ ἐπιτυχία τῆς θεραπείας ἐξαρτᾶται ἀπολύτως ἀπὸ τὴν πρώ- τον διάγνωσιν.

* *

Ὁ καρκίνος τοῦ οἰσοφάγου, τὸν ὁποῖον ἐγνώριζον ὄλοι οἱ κλασσικοὶ συγγραφεῖς, εἶναι ἐκ τῶν σοβαρωτέρων νόσων καὶ ὡς ἐκ τούτου κυριαρχεῖ οἰασδῆποτε ἄλλης λειτουργικῆς ἢ ὀργανικῆς βλάβης τοῦ ὀργάνου τούτου. Ἄλλὰ καὶ ἀπὸ ἀπόψεως συχνότητος ὑπερέχει οἰασδῆποτε ἄλλης νόσου τοῦ οἰσοφάγου. Ἐξ ὄλων τῶν καρκίνων, ἡ ἐντόπισις εἰς τὸν οἰσοφάγον ἀνέρχεται εἰς τὸ ποσο- στὸν τῶν 5—7%.

Αἰτιολογία: Ἐξ ὄλων τῶν νόσων τοῦ οἰσοφάγου ὁ καρκίνος προσβάλλει τοῦτον εἰς ποσοστὸν 50—60%. Κατὰ τινες στατιστικάς, ἐν σχέσει μὲ τὸ σύνολον τῶν καρκίνων τοῦ ἀνθρώπινου σώματος, ἐμφανίζεται εἰς 4—16%, ἐν σχέσει δὲ πρὸς τοὺς καρκίνους τοῦ πεπτικοῦ σωλήνος εἰς ἀναλογίαν 1 : 3.

Συνήθως πρωτοπαθής, σπανιώτατα δευτεροπαθής, προσβάλλει κυρίως τὸ ἀνδρικὸν φύλον, μὲ ἀναλογία 5—6 ἄνδρας πρὸς μίαν γυναῖκα, ἀνεξαρτήτως ἐντοπίσεως. Ἡ μέση ἡλικία τῶν προσβαλλομένων ἀτόμων κυμαίνεται μεταξύ 40 ἕως 60 ἐτῶν.

Ἀπὸ ἀπόψεως ἐντοπίσεως φαίνεται νὰ παίζει ρόλον ὁ ἐκεῖ τοπικὸς ἐρεθισμὸς, εἰς τὸ σημεῖον δὲ αὐτὸ ὁ βλεννογόνος τοῦ οἰσοφάγου εἶναι πεπαχυσμένος καὶ διηθεῖται ὑπὸ στρογγύλων κυττάρων.

Κατὰ τὰς διαφόρους στατιστικὰς, ἡ ἐντόπισις ἀπὸ ἀπόψεως συχνότητος παρουσιάζει ὠρισμένας διαφοράς.

Οὕτω κατὰ τὸν Ἄγγλον Jones :

- Τραχηλική καὶ ὑπὲρ τὸ ἀορτικὸν τόξον μοῖραι : 20%.
- Μέσον τριτημόριον : 40%.
- Κάτω τριτημόριον : 40%.

Κατὰ τοὺς Ἀμερικανοὺς Bockus καὶ Portis ὁ καρκίνος τοῦ οἰσοφάγου ἐντοπίζεται κυρίως παρὰ τὰ τρία φυσιολογικὰ σημεῖα στενώσεως μὲ τὴν ἐξῆς συχνότητα :

- Ἄνω μοῖρα : 15%.
- Μέση μοῖρα : 35%.
- Κάτω μοῖρα : 50%.

Κατὰ τὸν Γάλλον Lamy :

- Ἄνω στόμιον οἰσοφάγου : 10%.
- Στένωσις βρογχική : 36%.
- Κάτω τριτημόριον : 26%.
- Τελική μοῖρα : 28%.

Εἰς τὰς γυναῖκας ὁ καρκίνος ἐντοπίζεται κυρίως εἰς τὸν ὑποφάρυγγα (50%).

Ὁ Samaja συνεκέντρωσε 19 στατιστικὰς προερχομένας ἐκ διαφόρων ἐθνῶν καὶ φυλῶν. Ἐπὶ συνόλου 1644 περιπτώσεων ὁ καρκίνος ἐνετοπίζετο οὕτως :

- Ἄνω τριτημόριον : 266.
- Μέσον τριτημόριον : 556.
- Κάτω τριτημόριον : 700.
- Δύο ἄνω τριτημόρια : 21.
- Δύο κάτω τριτημόρια : 48.
- Ὀλόκληρος ὁ οἰσοφάγος : 6.
- Ἐντόπισις μὴ προσδιοριζομένη : 47.

Δυνάμεθα ἐπομένως νὰ εἴπωμεν, ὅτι εἰς μὲν τὸν ἄνδρα περισσότεραι τῶν ἡμίσεων περιπτώσεων ἐδράζονται παρὰ τὴν κατωτέραν μοῖραν τοῦ οἰσοφάγου, ἐνῶ εἰς τὴν γυναῖκα ἡ ἐντόπισις ἀφορᾷ κυρίως τὸν ὑποφάρυγγα.

Προδιαθέτονα αἷτια : Ἡ φυλετικὴ προδιάθεσις φαίνεται νὰ ἐξαρτᾶται μᾶλλον ἀπὸ τὸν τρόπον διαβιώσεως τοῦ ἀτόμου καὶ τὸ εἶδος τῆς τροφῆς του. Παρατηρήθη μεγαλυτέρα συχνότης εἰς τοὺς Ἰσραηλίτας, μὲ ἐντόπισιν εἰς τὸ ἄνω τριτημόριον καὶ τὸν ὑποφάρυγγα, ὅπως ἐπίσης καὶ

εις τούς Κινέζους. Τοῦτο ἀποδίδεται εἰς τὴν συνήθειαν ὠρισμένων λαῶν νὰ λαμβάνουν λίαν θερμὸν τέιον καὶ λίαν θερμὴν δρυζαν (βλ. Τομ. Α', σελ. 280).

Ἔτερα προδιαθέτονα αἷτια ἀναφέρονται τὰ οἰσπονευματώδη ποτά, ἡ σφύλις, ὁ καπνός, τὰ καρυκεύματα, οἱ σηπτικοὶ ὀδόντες.

— Ἐπίσης ἀναφέρεται ἀνάπτυξις καρκίνου ἐπὶ οὐλῶν, ἐπὶ σπασμοῦ 17,5% εἰς τὸν πρωτοπαθῆ καρδιόσπασμον, ἐπὶ πλακῶν λευκοπλακίας.

— Ἐπὶ ἐκκολπωμάτων, ἐπὶ καλοήθους πολύποδος.

— Εἰς τὸ σύνδρομον Plummer—Vinson (σιδηροπενικὴ δυσφαγία) παρατηρεῖται, ἰδίως εἰς τὰς γυναῖκας, ἀρκετὰ συχνὰ ἡ ἀνάπτυξις καρκίνου τοῦ ὑποφάρυγγος.

Παθολογικὴ ἀνατομικὴ. Εἶπομεν ὅτι ὁ καρκίνος ἐδράζεται κυρίως ἐπὶ τῶν τριῶν φυσιολογικῶν σημείων στενώσεως τοῦ οἰσοφάγου. Συνήθως ὁ ὄγκος εἶναι μονήρης, πρωτοπαθῆς, διαστάσεων 6—8 ἐκ. ἢ καὶ περισσότερον. Δυνατὸν νὰ παρατηρηθοῦν δύο ἢ καὶ περισσότεροι ὄγκοι, χωριζόμενοι ἀλλήλων ὑπὸ, φαινομενικῶς τοῦλάχιστον, ὀλίγου ἰστού. Ἔχουν ἐπίσης ἀναφερθῆ περιπτώσεις συγχρόνου ἐξελίξεως καρκίνου τοῦ φάρυγγος, τοῦ οἰσοφάγου καὶ τοῦ στομάχου. Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ὅμως ὁ κάτω οἰσοφάγος προσβάλλεται δευτεροπαθῶς ὑπὸ ἐπεκταθέντος καρκίνου τῆς καρδιακῆς μοίρας τοῦ στομάχου. Ἐπίσης ἡ μέση μοῖρα τοῦ οἰσοφάγου εἶναι δυνατὸν νὰ καταληφθῆ ἀπὸ ὄγκον ἐδραζόμενον πρωτοπαθῶς εἰς τὸ μεσοθωράκιον, ὅπως καὶ ἡ ἄνω μοῖρα αὐτοῦ δυνατὸν νὰ καταληφθῆ δευτεροπαθῶς ὑπὸ καρκίνου τοῦ λάρυγγος, φάρυγγος, θυρεοειδοῦς ἀδένης.

Ὁ καρκίνος τῆς κάτω μοίρας συνοδεύεται ὑπὸ μετρίας συνήθως διατάσεως καὶ ὑπερτροφίας τῆς ὑπερκειμένης μοίρας. Ἐνίοτε συνυπάρχει καὶ μὲ ἄλλας καλοήθεις βλάβας τοῦ οἰσοφάγου.

Μακροσκοπικῶς διακρίνομεν τρεῖς μορφάς :

— Τὴν κρῆμνοειδῆ ἢ ἐκπλασθητικὴν, χαρακτηριζομένην ἀπὸ ὄγκον φέροντα ἐκπλασθήσεις κατὰ τὴν ἄνω αὐτοῦ μοῖραν καὶ ὅστις θὰ προκαλέσῃ ἀπόφραξιν, ἀφοῦ καταλάβῃ τὰ 2/3 τῆς περιφερείας τοῦ οἰσοφάγου, ὅποτε ἔχει ἐπεκταθῆ καὶ πρὸς τὸ μυϊκὸν τοίχωμα.

— Τὴν ἐλκώδη, πλέον συχνήν, ἥτις δημιουργεῖ ἀνώμαλον πάχυσιν τῆς περιφερείας τοῦ οἰσοφάγου. Ὑπερβῆ ἀφορίζεται ὑπὸ ἀνώμαλου προβολῆς, κάτωθεν τῆς ὁποίας ὑπάρχει ἡ ἐξέλκωσις. Ἡ μορφή αὕτη χαρακτηρίζεται ἀπὸ αἱμορραγίας, ἀναιμίαν, πρώτους μεταστάσεις.

— Τὴν διηθητικὴν, ἥτις παρατηρεῖται κυρίως παρὰ τὴν καρδιακὴν μοῖραν τοῦ οἰσοφάγου καὶ προκαλεῖ ἐκσεσημασμένην βλεννογόνον ὥχρον, πεπαχυσμένον καὶ κατὰ ζῶνας ἐξηλωμένον.

Αἱ τρεῖς αὗται μορφαὶ δυνατὸν νὰ συνυπάρχουν, ὅποτε δημιουργοῦν ἄλλας ἐνδιαμέσους τοιαύτας. Κάτωθεν τοῦ ὄγκου παρατηρεῖται ἀμικρυνσις τῶν ὀργάνων, ἰδίως τοῦ στομάχου, ἐνῶ, ἰδίως

προκειμένου περί καρκίνου τῆς κάτω μοίρας, ἢ ὑπερθεν μοῖτρα εἶναι ἐλαφρῶς διατεταμένη καὶ ὑπερτροφική.

Νεώτεροι ἔρευναι, ὀφειλόμεναι εἰς τὴν Καθηγήτριαν τοῦ Πανεπιστημίου τῶν Παρισίων Δίδα Gauthier — Villars, βασιζόμεναι οὐχὶ ἐπὶ νεκροψιῶν, ἀλλὰ ἐπὶ πρωτῶς χειρουργικῶς ἐξαιρεθέντων οἰσοφάγων, ἐτροποποίησαν ὠρισμένας κλασσικὰς ἀντιλήψεις. Οὕτως εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς δὲν παρατηρήθησαν ὑπερπλαστικά μορφαί. Αἱ διηθητικαὶ μορφαί, ἐξ ἄλλου, ἐξελισσονται εἰς βάθος, ἀπωθοῦσαι τὸν βλεννογόνον ἐντὸς τοῦ οἰσοφαγικοῦ αὐλοῦ κατὰ διαχύτους ζώνας, ἐν εἴδει ραγάδων χωριζομένων ἀλλήλων ὑπὸ μοιρῶν, ὅπου ὁ μυϊκὸς χιτῶν μένει ἀνέπαφος. Ἡ διήθησις ἐντοπίζεται εἴτε μόνον εἰς τὸν ὑποβλεννογόνιον ἢ καὶ εἰς τὸν μυϊκὸν χιτῶνα ἢ καταλαμβάνει ὀλόκληρον τὸ τοίχωμα, τὸ ὁποῖον διασπᾶ καὶ ἐπεκτείνεται πρὸς τὸν κυτταρολιπῶδη ἰστόν, ὅστις περιβάλλει τὸν οἰσοφάγον.

Ἰστολογικῶς διακρίνομεν :

- πλακῶδες ἐπιθηλίωμα,
- ἀδενοκαρκίνωμα.

Τὸ πλακῶδες ἐπιθηλίωμα ἀνευρίσκεται εἰς ὅλας τὰς μοίρας τοῦ οἰσοφάγου πλὴν τῆς καρδιακῆς τοιαύτης, ὅπου ἐπικρατεῖ ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον τὸ ἐκ τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου προερχόμενον ἀδενοκαρκίνωμα. Ὁ καρκίνος τοῦ στομάχου ἐπεκτείνεται συχνότατα πρὸς τὸ καρδιακὸν στόμιον. Κατὰ τὸν Garlock, ἐν ἀδενοκαρκίνωμα, ἐδραζόμενον ἐπὶ οἰασδήποτε μοίρας τοῦ οἰσοφάγου, ἐντοπίζεται ἀρχικῶς ὅπωςδήποτε παρὰ τὸ καρδιακὸν στόμιον μεταγενεστέρως δὲ ἐπεκτείνεται πρὸς τὰ ἄνω.

Ὅταν ὁ ὄγκος ἐπεκταθῆ πρὸς τὸ μυϊκὸν τοίχωμα, ἔχει ἤδη καταλάβει τὰ 2/3 τῆς περιφέρειας τοῦ οἰσοφάγου, τότε δὲ ἀρχίζει νὰ προκαλῆ τὴν ἀπόφραξιν. Ἐν συνεχείᾳ καὶ ταχύτατα θὰ ἐπεκταθῆ καὶ πρὸς γειτνιαζούσας χώρας : ὑπεζωκότα, ἀορτήν, βρόγχους, πνεύμονας ἢ διάφραγμα.

Μεταστάσεις : Αὗται λαμβάνουν χώραν ἰδίως εἰς τοὺς τοπικοὺς λεμφαδένας. Ὑπενθυμιζομεν ὅτι τὰ λεμφικὰ ἀγγεῖα, ὅπως καὶ οἱ ἀρτηριαί, πορεύονται κατὰ μῆκος τοῦ οἰσοφάγου. Ἡ διασπορά λαμβάνει χώραν ἀρχικῶς κατὰ μῆκος τῶν ὑποβλεννογονίων λεμφικῶν ἀγγείων. Καταλαμβάνονται ἐπίσης οἱ βρογχικοί, ἀορτικοί, ὡς καὶ οἱ ἄλλοι λεμφαδένες τοῦ μεσθωρακίου. Οἱ ὄγκοι τοῦ κάτω τριτημορίου, ἀλλὰ καὶ οἱ τοῦ μέσου, μεθίστανται εἰς τὸν παρὰ τὴν ἔκφυσιν τῆς ἀριστερᾶς γαστρικῆς ἀρτηρίας εὕρισκόμενον ἀδένα, ὀπότεν ἢ διασπορά ἐπεκτείνεται πρὸς τοὺς παγκρεατικούς καὶ κοιλιακοὺς ἀδένας. Καὶ αὐτοὶ οἱ τραχηλικοὶ ἀδένες προσβάλλονται ἀπὸ καρκίνον τοῦ κάτω τριτημορίου τοῦ οἰσοφάγου, ἀνευρίσκομεν δὲ καὶ ἐδῶ τὸν κλασσικὸν ἀδένα τοῦ Troisier.

Πρός αντιμετώπισιν μιᾶς τοιαύτης διασπορᾶς ἐκτελοῦνται, εἰς περιπτώσεις καρκίνου τοῦ κάτω τριτημορίου, αἱ λίαν ἐκτεταμέναι ἐπεμβάσεις. Πράγματι παρατηρήθη ὅτι αἱ ὑποτροπιάσασαι κατόπιν οἰσοφαγεκτομῆς περιπτώσεις εἶχον ἀδένας κατὰ μήκος τοῦ ἄνω μεσοθωρακίου, ἀκόμη καὶ εἰς τὸν τράχηλον. Τοιαῦται μεταστάσεις δὲν παρατηροῦντο εἰς ἐποχάς, κατὰ τὰς ὁποίας δὲν ἐλάμβανον χώ-
ραν τοιαῦται ἐπεμβάσεις, ἴσως διότι, τότε, οἱ ἄρρωστοι ἀπέθνησκον ἔξ ἀιτίας πρὶν ἢ ἐκδηλωθοῦν αἱ μεταστάσεις.

Εἰς τὸν καρκίνον τοῦ καρδιακοῦ στομίου ἢ διασπορὰ δυνατόν νὰ ἐπεκταθῆ πρὸς τὰ ἄνω, κατὰ μήκος τῆς ἀορτῆς καὶ πρὸς τοὺς ἀδένας τῶν πνευμονικῶν πυλῶν. Παρατηρήθησαν ἐπίσης διασπο-
ραὶ εἰς τὰ ὑποβλεννογόνια λεμφογάγγλια, κατὰ δὲ τὴν μικροσκοπικὴν ἐξέτασιν ἀπεκαλύφθη, ὅτι ἡ τελικὴ μοῖρα τοῦ ταμέντος οἰσοφάγου, δηλαδὴ ζώνη τὴν ὁποίαν ὁ χειρουργὸς ἀφήρεσε μὲ τὴν ἐντόπωσιν ὅτι ἐπρόκειτο περὶ ὕγιου ἴστοῦ, ἦτο καὶ αὕτη προσβεβλημένη.

Ἡ κακοήθεια ἐνὸς ὄγκου ἐδραζομένου ἐπὶ οἰουδήποτε ὄργανου δύναται νὰ λεχθῆ, ὅτι ποικίλλει ἀντιστρόφως ἀνάλογα μὲ τὸ βάθος τοῦ ἀφαιρεθησομένου ἴστοῦ ὅστις τὸ περιβάλλει, κατὰ τὸ στάδιον ἐκεῖνο κατὰ τὸ ὅποιον τὰ σαφῆ πλέον συμπτώματα ὀδηγοῦν πρὸς τὴν διάγνωσιν. Ἐτερον κριτήριον εἶναι ἡ ἱκανότης ὑποτροπῆς κατό-
πιν μακροσκοπικῶς τοῦλάχιστον ἐπαρκοῦς ἐκτομῆς. Γενικῶς ὁμως δύναμεθα νὰ εἴπωμεν, ὅτι τὴν μεγαλύτεραν καὶ πρωτεύουσαν σημα-
σίαν ἐνέχουν οἱ περιβάλλοντες τὸ ὄργανον ἴστοι.

Ὅταν ὁ ὄγκος τοῦ οἰσοφάγου ἐξωτερικευθῆ, θὰ προσβάλλη ζω-
τικά ὄργανα, ὅπως τοὺς πνεύμονας, βρόγχους, τὴν ἀορτὴν. Οἱ ὄγκοι τοῦ οἰσοφάγου μεθίστανται ἐπίσης εἰς τὸ ἥπαρ, εἰς τὰ ὀστά τοῦ κρανίου, τὴν κλεῖδα, τὴν κνήμην, τοὺς σπονδύλους, ἐγκέφαλον, καρδίαν. Εἶναι εὐνόητον ἐπομένως διατί, ἔξ ὄλων τῶν καρκίνων, ὁ τοῦ οἰσοφάγου θεωρεῖται ὡς ὁ πλέον κακοήθης.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΩΝ

Εἰς τὴν ἐξέλιξιν ἐνὸς καρκίνου τοῦ οἰσοφάγου θὰ διακρίνωμεν δύο φάσεις:

- α) Τὴν περίοδον εἰσβολῆς.
- β) Τὴν περίοδον ἀκμῆς.

α) **Περίοδος εἰσβολῆς:** Ὁ καρκίνος τοῦ οἰσοφάγου εἰσβάλλει κατὰ τρόπον ὕπουλον, βραδύν, σιωπηλόν. Κατὰ τὴν περίο-
δον ὁμως ταύτην δεόν ν' ἀναζητηθοῦν ὄρισμένα, φαινομενικῶς ἀθῶα, συμπτώματα, τὰ ὁποῖα ὁμως εἶναι καὶ τὰ μόνα, τὰ ὁποῖα θὰ μᾶς

ἐπιτρέψουν νά ὑποπτευθῶμεν τήν ὕπαρξιν τοῦ καρκίνου. Καί τοῦτο, διότι ἡ κλασσική δυσφαγία ἐρμηνεύει προκεχωρημένον πλέον καρκίνον μὴ ἐπιδεχόμενον, ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον, οὐδεμίαν χειρουργικὴν ἐπέμβασιν. Ἡ ἀπίσχνανσις ἐπίσης δὲν εἶναι πρῶτον σύμπτωμα τοῦ καρκίνου. Πράγματι, τὰ δύο ταῦτα συμπτώματα δυνατόν νά μὴ ἐκδηλωθοῦν παρά μετὰ ὀλόκληρον διαιτην ἀπὸ τῆς ἐγκαταστάσεως τοῦ καρκίνου, δεδομένου ὅτι ἡ στένωσις δὲν προκαλεῖ δυσφαγίαν, ἀρκεῖ νά ἀφήνῃ εὖρος 4 χιλιοστών.

Ἡ προσεκτικὴ λήψις τοῦ ἱστορικοῦ θά φέρῃ εἰς φῶς ὠρισμένα ἄτυπα συμπτώματα, ἀβληχρά, οὐχὶ σταθερά, ἐξαφανιζόμενα ἀπὸ τῆς μιᾶς ἡμέρας εἰς τὴν ἄλλην, τὰ ὁποῖα ὅμως ἐκδηλοῦνται πολὺ πρὸ τῆς δυσφαγίας. Τὸ σύνολον τῶν συμπτωμάτων τούτων ἀποτελεῖ ἕν ἴδιον «σύνδρομον πρωΐμου ἐκδηλώσεως» τοῦ καρκίνου τοῦ οἰσοφάγου:

—Ἐπὶ μακρὸν χρονικὸν διάστημα ὁ ἄρρωστος παραπονεῖται δι' αἴσθημα ἐνοσηνῶσεως ἢ στάσεως τροφῆς, ὑψηλά παρά τὸν φάρυγγα, ἰδίως προκειμένου περὶ εὐμεγέθους βλωμοῦ. Τὸ σύμπτωμα τοῦτο δὲν εἶναι καθημερινόν, δὲν εἶναι σταθερόν.

Δυνάμεθα νά ἐλέγξωμεν καί νά ἐπαναφέρωμεν τὸ σύμπτωμα τοῦτο, συνιστῶντες εἰς τὸν ἄρρωστον τὴν λήψιν εὐμεγέθους καί σκληροῦ βλωμοῦ.

Ἐνίοτε ὁ ἄρρωστος παραπονεῖται δι' ἕν περιεργον καί δυσκόλως περιγραφόμενον συναίσθημα κατὰ τὴν κατάποσιν, ὅπερ διαρκεῖ ἐπὶ τινὰς ἡμέρας, ἵνα ἐξαφανισθῇ ἐν συνεχείᾳ. Ἄλλοτε πάλιν τὸ αἴσθημα τοῦτο τὸ περιγράφει ὡς ἐλαφρὸν ὀπισθοστερνικὸν ἐμπόδιον ἢ τούναντίον τὸ ἀποδίδει εἰς παροδικὸν σπασμόν. Σπανιώτερον τοῦτο ἐμφανίζεται αἰφνιδίως ὡς ὀπισθοστερνικὴ ἀπόφραξις. Δυνατόν ἐπίσης νά παραπονεθῇ δι' αἴσθημα καύσου ἢ διαχύτου κατὰ τὴν κατάποσιν ὀπισθοστερνικοῦ πόνου, μὲ ἀντανάκλασιν ὀπισθεν εἰς σημεῖον τι μεταξὺ σπονδυλικῆς στήλης καί ὠμοπλάτης.

Ἐνδιαφέρον καί πρῶτον ἀπὸ διαγνωστικῆς ἀπόψεως σημεῖον εἶναι, ὡσάκις ὑπάρχει, ἡ ἐπώδυνος ἐρυγὴ. Τὸ σύμπτωμα τοῦτο ἐκδηλοῦται πρὸ τῆς δυσφαγίας, πρὸ τῆς ἀπίσχνανσεως, ἀκόμη καί πρὸ τῶν κλασσικῶν ἀκτινολογικῶν εἰκόνων: αἱ ἐρυγαί, πάντοτε πολυάριθμοι, προκαλοῦν ἐν συνεχείᾳ ἐπώδυνον ὀπισθοστερνικὸν συναίσθημα. Εἰς πλείστας ὡσας περιπτώσεις τὸ σημεῖον τοῦτο εἶναι καί τὸ μόνον, ἐνίοτε ἐν συνδυασμῷ μετὰ ἐλαφράς καί ἀσταθοῦς δυσφαγίας, ὅπερ ὑποδεικνύει τὴν ὕπαρξιν τοῦ καρ-

κίνου. Αι έπώδυνοι αὐται έρυγαί έπέρχονται συνήθως όλίγον μετά την κατάποσιν τών τροφών.

Είς τινας περιπτώσεις ώρισμένα φαινόμενα πιθανόν νά στρέψουν την προσοχήν πρός τόν στόμαχον, όπως ή σιαλόρροια, ό λύγξ, ό βλεννώδεις έμετοι. Την προσοχήν μας έπίσης θά έλκύση ό πρώιμος βήξ, μόνον, ένίστε, σύμπτωμα ένός καρκίνου του όισοφάγου.

"Αλλα συμπτώματα, τά όποια παρατηρούνται έπί δυσφαγίας και τά όποια θ' αναζητήσωμεν εις τούς δακτύλους, είναι ή κοιλωχυρία, σκληροδακτυλία, γαμψοδακτυλία.

'Ενώπιον ένός οϊουδήποτε έκ τών ώς άνω συμπτωμάτων θά προβώμεν άμέσως εις δύο έξετάσεις: την άκτινολογικήν έξέτασιν και την οϊσοφαγοσκοπήσιν. Σημειωτέον ότι ή δευτέρα αὐτη, άπό άπόψεως πρώτου διαγνώσεως, υπέρχει σαφώς της πρώτης και πολλάκις, παρά τά άρνητικά άκτινολογικά εύρήματα, άποκαλύπτει την ύπαρξιν του όγκου.

'Ακτινολογική έξέτασις. Κατά τά πρώιμα στάδια αὐτη άποβαίνει έξαιρετικά δυσχερής, προκειμένου ιδίως περι έντοπίσεως εις την άνω μοίραν του όισοφάγου. 'Η καρκινωματώδης διήθησις δέν έχει εισέτι επεκταθῆ τόσο, ώστε ν' άλλοιωθῆ τó ευρος του όισοφάγου. Προσβάλλει κυρίως μίαν μοίραν του τοιχώματος και ώς έκ τούτου διαταράσσει την φυσιολογικήν λειτουργίαν του όισοφάγου. Δι' ό και ή τεχνική θά είναι ποικίλη, αι άκτινογραφίαι θά ληφθοῦν εις πολλάς προβολάς, θά μελετηθῆ ή καταποσις, τó έκμαγεϊον κ.ο.κ.

Θά διακρίνωμεν σημεία άκτινολογικά έμμεσα και άμεσα.

α) Σημεία έμμεσα. Ταῦτα έρμηνεύουν λειτουργικά διαταραχάς του όισοφάγου. Θά παρατηρηθῆ οὕτω στάσις του βαριούχου πόλτου, τει ό βαρ. πόλτος διαχέεται έπί του βλεννογόνου.

Τά λειτουργικά ταῦτα σημεία όφείλονται εις άπουσίαν τονικών συσπάσεων του όισοφάγου.

"Αλλοτε, άντιθέτως, παρατηρείται σπασμός υπερθεν της ύπερπλασίας, την όποιαν δυνατόν και ν' άποκρύψη, εις τόν όποιον όφείλεται και ή δυσφαγία, έφ' όσον δέν έχει επέλθει όργανική στενώσις.

β) Σημεία άμεσα: Ταῦτα έρμηνεύουν την όργανικήν προσβολήν του όισοφαγικού τοιχώματος, λόγω δέ της άβληχρότητός των δυνατόν και νά μη γίνουν άντιληπτά. Ταῦτα είναι :

— Τοπική δυσκαμψία: έξαφάνισις τῶν περισταλτικῶν κινήσεων καὶ ἔλλειψις διατάσεως μοῖρας τινὸς τοῦ οἰσοφάγου.

— Ἀλλοιώσεις τοῦ βλεννογόνου: δυνατόν νά ἔχωμεν εἰκόνα ἐντοιχίσεως (βλ. Τόμος Α', σ. 313—314) ἢ μίαν ἐπίπεδον φωλεάν, περιεγράφησαν δὲ προσφάτως τοιαῦται ἀκτινολογικαὶ εἰκόνες. Αἱ πτυχαὶ εἶναι πεπαχυσμένοι, καθηλωμένοι λόγῳ ἀπώλειας τῆς ἐλαστικότητός των, προκειμένου δὲ περὶ διηθητικῆς βλάβης δυνατόν καὶ νά έξαφανισθοῦν. Εἰς δὲ τοὺς κραμβοειδεῖς ὄγκους παρατηρεῖται κατακράτησις τοῦ βαρ. πόλτου, μικροσκοπικαὶ καὶ ἀνώμαλοι ἔλλειψεις, εἰς δὲ τὴν ἐλκώδη μορφήν παραμένει μία αἰώρουμένη κηλὶς.

Εἰς τινὰς περιπτώσεις καὶ ἀφοῦ ὁ οἰσοφάγος πληρωθῆ φυσιολογικῶς, μετὰ τινὰ λεπτὰ ὁ βαριοῦχος πόλτος ἐγκαταλείπει τὴν μοῖραν τοῦ οἰσοφάγου, ἔχομεν δὲ οὕτω μίαν ἀνοικτῆς χροιάς ζώνην μεταξύ δύο ἄλλων — ὑπερθεν καὶ κάτωθεν — αἵτινες συγκρατοῦν τὸν βαρ. πόλτον καὶ παραμένουν σκιεραὶ.

Πάντα ταῦτα τὰ σημεῖα, κατὰ τὸ πρῶτον στάδιον, δὲν εἶναι ἐκδηλα, οὔτε δύναται τις βάσει αὐτῶν νά βεβαιώσῃ ἀπολύτως τὴν ὑπαρξίν καρκίνου. Ἐπιβάλλουν ὁμως τὴν ἐνδοσκοπικὴν ἐξέτασιν.

Οἰσοφαγοσκόπησις. Εἰς μοῖραν τινὰ τοῦ οἰσοφάγου θά παρατηρηθῆ ἔλλειψις ἐλαστικότητος, καθήλωσις τοῦ βλεννογόνου, μὲ έξαφάνισιν μιᾶς ἢ περισσοτέρων φυσιολογικῶν πτυχῶν. Κατὰ τὴν εἰσπονήν παρατηρεῖται ἀσυμμετρία τοῦ αὐλοῦ. Εἰς τὸ σημεῖον αὐτὸ ὁ βλεννογόνος αἰμάσσει.

Ἡ οἰσοφαγοσκόπησις θά ἐπιτρέψῃ κυρίως τὴν βιοψίαν. Ὅσακις αὕτη δὲν εἶναι δυνατὴ ἢ εἶναι ἐπικίνδυνος, θά προβῶμεν εἰς μίαν κατὰ Παπανικολάου κυτταρολογικὴν ἐξέτασιν.

γ) Περὶ οὗτος ἀκμῆς: Κατὰ ταύτην τὸ κύριον σύμπτωμα εἶναι ἡ δυσφαγία. Προοδευτικῆ, προσλαμβάνει μετ' ὀλίγον τοὺς κλασσικοὺς χαρακτήρας.

Ἐκλεκτικῆ διὰ τὸ κρέας, τὸν ἄρτον, τὰς στερεὰς τροφάς, αἵτινες δὲν διέρχονται, παρὰ τὰς προσπάθειας μασήσεως καὶ καταπόσεως ἅς καταβάλλει ὁ ἄρρωστος. Ὡς ἐκ τούτου περιορίζει οὗτος τὴν τροφήν του, ἀρκεῖται εἰς τὰ ὑγρά, σημειοῦται δὲ ἀπώλεια βάρους. Συνεχῆς καὶ προοδευτικῶς ἐπιτεινομένη, μὲ περιόδους περατέρω ἐπιδεινώσεως, ἡ δυσφαγία αὕτη ὀφείλεται εἰς ἐπιπρόσθετον σπασμὸν, ὅποτε παρεμποδίζεται καὶ αὕτη ἡ κατάποσις ὑγρῶν.

Αἱ ἀναγωγαὶ ἐμφανίζονται συγχρόνως μὲ τὴν δυσφαγίαν. Οὐχὶ καθημεριναί, συνήθως αὐτόματοι, προκαλοῦνται ἐνίοτε ὑπὸ τοῦ

άρρωστου. Πρωίμου έκδηλώσεως, μετά τήν λήψιν τροφῆς, κατά τήν διάρκειαν τοῦ γεύματος, ἀποτελοῦνται ἐκ μασημένων τροφῶν, αἰτίνες δὲν ἔχουν ὑποστῆ εἰσέτι τήν πέψιν, περιβάλλονται δὲ ὑπό σιέλου καὶ αἵματος.

Εἰς τὰ δύο ταῦτα συμπτώματα δεόν νά προστεθοῦν καὶ τὰ τοῦ πρωίμου σταδίου, εἰς ἐντονώτερον, βεβαίως, βαθμόν. Λόγῳ παρέσεως τοῦ παλινδρόμου λαρυγγικοῦ ἢ λόγῳ ἀναγωγῆς τροφῶν ἐκ τοῦ οἰσοφάγου ἐντὸς τῆς τραχείας, δημιουργεῖται μία λαρυγγοτραχειίτις με ἀποτέλεσμα βράγχος τῆς φωνῆς. Δυνατὸν ἐπίσης νά παρατηρηθῇ διόγκωσις τῶν τραχηλικῶν ἀδένων, αἱματέμεσις λόγῳ τρώσεως ἀγγείου, ἀκόμη καὶ μέλαινα.

Ἡ ἀπίσχυανσις εἶναι λίαν σημαντικὴ, ἐπερχομένη εἰς διάστημα ὀλίγων μηνῶν. Ἐπακολουθεῖ ἀφυδάτωσις, διόγκωσις καὶ τῶν ἄλλων ἀδένων, ἡ κοιλία γίνεται σκαφοειδῆς, θά ἀναζητηθοῦν δὲ καὶ αἱ πιθαναὶ μεταστάσεις εἰς τὸ ἥπαρ.

Ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις. Πλέον σαφῆς κατὰ τήν περίοδον ταύτην λόγῳ τῆς προόδου τῆς νόσου. Ἐνίστε παρατηροῦνται αἱ τρεῖς κλασσικαὶ παθολογοανατομικαὶ μορφαί, ἰδιαίτερος ἡ κραμβοειδῆς καὶ ἡ διηθητικὴ, με ἐνδιαμέσους μορφάς.

Ἡ κραμβοειδῆς μορφή θά ἔχη ὡς τυπικὴν ἀκτινολογικὴν εἰκόνα τήν ἔλληψιν, διαυγάζουσαν, με ἀνώμαλον παρυφήν καὶ συγκράτησιν ὀλίγου βαριούχου πόλτου. Εἰς περίπτωσιν ὄγκου μικροῦ μεγέθους, παρατηρεῖται ἀνώμαλος, δαντελλοειδῆς καὶ σταθερὰ ἐντομή, καλλίτερον ὁρατὴ εἰς προβολικὰς θέσεις. Ὅγκος μεγαλύτερου μεγέθους δημιουργεῖ εἰκόνας μεγαλύτερου ἐλλείμματος ἐκτεταμένου ἐπὶ ἀποστάσεως 10 ἐκ. καὶ πλέον, με παρυφήν γωνιώδη, ἐλικοειδῆ, ὅπου διαφαίνονται γραμμώσεις ἢ ἀδιαφανεῖς κηλίδες περιβάλλουσαι τὰ καρκινωματώδη ὄζιδια (βλ. εἰκ. 5).

Ἡ διηθητικὴ μορφή ἐκδηλοῦται ὡς στένωσις με ἀνώμαλον παρυφήν, σπανιώτερον ὁμαλήν, ὁπότε, ἐδραζομένη παρὰ τὸ κάτω τρίτημόριον τοῦ οἰσοφάγου, δημιουργεῖ διαγνωστικὰ προβλήματα μετὰ τοῦ μεγα—οἰσοφάγου. Ἡ στένωσις δυνατὸν νά εἶναι κεντρικὴ, ἀλλὰ καὶ ἐκκεντρος, μέσῳ δὲ ταύτης διέρχεται ὁ βαριόχορος πόλτος ὡς μία λεπτὴ γραμμὴ, με συνεχῆ ἀλλὰ βραδὺν ρυθμόν καὶ ἀνώμαλον διαδρομήν. Ὑπερθεν τῆς στενώσεως δυνατὸν νά παρατηρηθῇ μετρία διεύρυνσις τοῦ οἰσοφάγου. Αἱ πτυχαὶ τοῦ βλεννογόνου ἔχουν ἐξαφανισθῆ, τὰ δὲ ἄνω ὄρια τῆς ὀργανικῆς βλάβης ἀφορίζονται σαφῶς, ἐνῶ εἶναι δύσκολον νά προσδιορισθοῦν ἐπακριβῶς τὰ κάτω ὄρια.

Ἡ ἐλκώδης μορφή σπανιώτατα ἀπαντᾷ ἀμιγῆς. Παρατηρεῖται ὅμως ἐξέλεκσις ἐντὸς ἐλλείμματος μὲ διακεκομμένην καὶ ἀνώμαλον παρυφήν.

Καὶ αἱ τρεῖς αὗται παθολογο—ανατομικαὶ μορφαὶ ἔχουν τὸ κοινὸν γνώρισμα, ὅτι συνδυάζονται μὲ καταστροφήν τῶν βλεννογονίων πτυχῶν καὶ ὅτι μορφολογικῶς εἶναι μόνιμοι. Συνήθως συνυπάρχουν, δημιουργοῦσαι εἰκόνας κατὰ τὸ μᾶλλον ἢ ἥτιον ποικίλας



Εἰκὼν 4. Καρκίνος τοῦ ἄνω τριτημορίου τοῦ οἰσοφάγου, ἱστολογικῶς ἐπιβεβαιωθεὶς (ἰδία περίπτωσης).

καὶ περιπλόκους, ἔχουν δὲ ὡς τελικὸν ἀποτέλεσμα τὴν δημιουργίαν στενώσεως.

Θὰ ἔχωμεν οὕτως εἰκόνας ἐν εἶδει φλογὸς κηρίου ἢ κωνικάς. Ἡ δὲ δημιουργηθεῖσα στένωσις ἐμφανίζει ἀνώμαλον παρυφήν, δαντελλοειδῆ, συγκρατεῖ δὲ εἰς λεπτὸν στρώμα τὸν βαριοῦχον πόλτον. Αἱ περισταλτικαὶ κινήσεις διακόπτονται παρὰ τὴν πάσχουσαν μοῖραν τοῦ οἰσοφάγου.

Ἡ μελέτη αὐτῆς ταύτης τῆς βλάβης θὰ συμπληρωθῇ διὰ τοῦ ἐπακριβοῦς προσδιορισμοῦ τῆς ἕδρας τῆς.

Κλασσικῶς διακρίνομεν τὰ νεοπλάσματα τοῦ ἄνω τριτημορίου, τοῦ μέσου καὶ τοῦ κάτω, ἀλλὰ καὶ τὰ πολλαπλᾶ τοιαῦτα, ἔχοντες ὑπ' ὄψιν καὶ τὴν ἐκλεκτικὴν ἐντόπισιν αὐτῶν παρὰ τὰς φυσιολογικὰς στενώσεις τοῦ οἰσοφάγου. Θὰ μελετηθῇ ἐπὶ πλέον ἢ ὑπερθεν καὶ κάτωθεν τοῦ ὄγκου μοῖρα, ὡς καὶ ἡ κατάστασις τοῦ μεσαυλίου.

Ἐπερθεὺν τοῦ νεοπλάσματος παρατηροῦνται διάφοροι ἀλλοιώσεις, αἵτινες καθορίζουν περίπου τὸ διαρρευσαν ἀπὸ τῆς εἰσβολῆς χρονικὸν διάστημα.

Οὕτως, εἰς τὰς προσφάτους περιπτώσεις, ἢ ὑπερθεν τοῦ ὄγκου μοῖρα εἶναι φυσιολογική, ἄνευ διατάσεως. Ἐν συνεχείᾳ ὁ περισταλισμὸς αὐξάνει, ὁ ρυθμὸς ἀλλοιοῦται, καθίσταται ἀναρχικὸς, μετὰ κύματα εὐθέα ἢ ἀντιπερισταλτικά. Σὺν τῷ χρόνῳ ὁ τόνος μειοῦται, ὅποτε ἐμφανίζεται καὶ ἡ διάτασις ὑπερθεν. Εἰς τὰς προκεχωρημένας περιπτώσεις παύει κάθε κινητικότης, σπανίως δὲ ἐμφανίζονται μερικαὶ κυματοειδεῖς κινήσεις.

Εἰς λίαν ἐκσεσημασμένην στένωσιν ὁ βαριούχος πόλτος κατέρχεται «κατὰ νιφάδας» ἐντὸς τῶν κατακρατουμένων ὕγρων, αἵτινα περιέχουν ὑπολειμματα τροφῶν.

Κάτωθεν τῆς στενώσεως θὰ καθορισθοῦν, εἰ δυνατόν, τὰ κάτω ὄρια τοῦ ὄγκου. Τοῦτο ἐπιτυγχάνεται καλῶτερον εἰς θέσιν Trendelenburg, ὅποτε ἐπιτυγχάνεται ἡ παλινδρόμησις τοῦ ἐντὸς τοῦ στομάχου εὐρισκομένου βαρίου. Δυνατὸν οὕτω ν' ἀποκαλυφθῇ, ὅτι ὁ ὄγκος εἶναι πολὺ πλέον ἐκτεταμένος ἀπὸ ὅ,τι ὑπέτιθετο. Εἰς περιπτώσιν ἐντοπίσεως ἢ ἐπεκτάσεως τοῦ ὄγκου πρὸς τὴν καρδιακὴν μοῖραν τοῦ οἰσοφάγου ἐμφανίζονται δευτερεύοντα σημεῖα ἐκ τοῦ στομάχου, ὅπως ἐλάττωσις τοῦ ἀεροθαλάμου, ὑπερκινητικότης κτλ.

Δεδομένου ὅτι ἡ συνύπαρξις σπασμοῦ, συνήθως ὑπερθεν τοῦ καρκίνου, εἶναι συχνὴ καὶ δημιουργοῦνται παρερμηνεῖαι ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἔκτασιν τῆς νόσου, ἢ ἐξέτασις θὰ συμπληρωθῇ διὰ τῆς χορηγίας νιτρώδους ἀμυλίου, ὅποτε ὁ σπασμὸς ἐξαφανίζεται καὶ προσδιορίζονται οὕτω πλέον ἐπακριβῶς τὰ πραγματικὰ ὄρια τοῦ νεοπλάσματος.

Οἰσοφαγοσκόπησις. Ἀπαραίτητον καὶ ἐκ τῶν ὧν οὐκ ἄνευ συμπλήρωμα τῆς ἀκτινολογικῆς ἐξετάσεως. Ἐκτελουμένη μετὰ μεγάλης προσοχῆς, λόγῳ τῆς εὐθρυπτικότητος τοῦ οἰσοφαγικοῦ ἰστού, θ' ἀποκαλύψῃ σημαντικὰ διαγνωστικὰ σημεῖα, θὰ ἐπιτρέψῃ δὲ συγχρόνως καὶ τὴν βιοψίαν.

Θὰ παρατηρήσωμεν πολυποδῶδεις ἢ ἀνθοκραμβοειδεῖς ἐκβλάστησεις, χροιαῖς ἐρυθραῖς, καλυπτομένας ὑπὸ αἵματηρᾶς βλέννης

κατά τὸ πλάγιον κυρίως τοίχωμα τοῦ οἰσοφάγου, τοῦ ὁποίου τείνουν ν' ἀποφράξουν τὸν αὐλόν. Οἱ ὄγκοι οὗτοι αἰμορραγοῦν ἅμα τῇ ἐπαφῇ τοῦ οἰσοφαγοσκοπίου.

Εἰς περίπτωσιν ἐλκώδους καρκίνου θὰ παρατηρηθῇ μία ἐξέλκωσις περιβαλλομένη ὑπὸ γνησίου ἐπάρματος, μὲ ὄρια τυλῶδη ἢ κραιμβοειδῆ ἢ προέχοντα, μὲ κρατῆρα αἰμορραγοῦντα, ἄτονον, ἀνώμαλον, ἐντὸς τοῦ ὁποίου ὑπάρχουν αἰμορραγικὰ στίγματα ἢ εὐθρυπτα ὄζιδια.

Εἰς τὴν διηθητικὴν μορφήν, ἡ διήθησις καταλαμβάνει τὸν ὑπο-



Εἰκὼν 5. Ἐκτεταμένος καρκίνος τοῦ κάτω τριτημορίου τοῦ οἰσοφάγου. (Ἰδία περίπτωσις).

βλεννογόνιον, ὅστις ἀπώθει τὸν βλεννογόνον πρὸς τὸν οἰσοφαγικὸν αὐλόν, ἐμφανίζει δὲ τὴν χαρακτηριστικὴν ξυλῶδη σκληρίαν. Τὸ τοίχωμα τοῦ οἰσοφάγου εἶναι ἀκίνητον, ἔχει ἀπολέσει κάθε περισταλισμόν, ὁ δὲ βλεννογόνος, ἐρυθρός, διηθημένος, ἀπώθειται, ὥστε νὰ προκαλῆ στένωσιν τοῦ αὐλοῦ.

Ἡ ὕπερθεν τοῦ νεοπλάσματος συνυπάρχουσα φλεγμονὴ δυνάτουν ν' ἀποκρύψῃ τοῦτο. Ἐνίοτε παρατηρεῖται μία ζώνη λευκοπλακίας, ὡς καὶ οἰδήματος. Χαρακτηριστικὴ εἶναι ἡ ἀντίθεσις μεταξύ τῆς εὐκάμπτου φυσιολογικῆς μοίρας καὶ τῆς νοσοῦσης σκληρᾶς,

διηθημένης και ακινήτου. Ἡ βιοψία θά ἐπιβεβαιώσει τὴν διάγνωσιν, ἂν και πολλᾶκις, εἰς τὰς διηθητικὰς μορφὰς, δὲν εἶναι κατορθωτή.

Ἐξέλιξις. Ἡ δυσφαγία, ἡ προσδευτική και ταχεῖα ἀπίσχανσις—ἀποτέλεσμα ἀφυδατώσεως και νηστείας—ἀπολήγουν ἐντὸς ὀλίγων μηνῶν εἰς τὴν καχεξίαν.

Ἀπαντὰ τὰ συμπτώματα ἔχουν ἐπιταθῆ. Αἱ ἀναγωγαὶ εἶναι ὄψιμοι και εἰς μεγάλην ποσότητα, με ἐπιπροσθέτως ἀφθονον και ἐπίμονον σιαλόρροιον ἐξ ἐρεθισμοῦ τοῦ παρασυμπαθητικοῦ.

Ἡ κατάποσις και αὐτῶν τῶν ὑγρῶν ἀποβαίνει λίαν δυσχερῆς, σχεδὸν ἀδύνατος, ἐκ τῆς ἀποφράξεως, με ἀποτέλεσμα βασανιστικὴν δίψαν, ὀλιγουρίαν, δυσκοιλίτητα.

Οἱ ἄρρωστοι οὗτοι ὑποφέρουν ἀπὸ λύγγα, ἀπὸ συνεχεῖς ὀπισθοστερνικοῦς ἢ ψευδο-στηθαγχοῦς πόνους μετὰ δυσπνοίας.

Ἡ καχεξία αὐξάνει, ἐμφανίζονται αἱμορραγίαι, πυρετός, λευκοκυττάρωσις μετὰ πολυμορφοπυρηνώσεως, και ὁ θάνατος, ἐὰν δὲν ἐπιταχυνθῆ ἀπὸ ἐπιπλοκῆν, ἐπέρχεται ἐντὸς 6 ἕως 12 μηνῶν.

Ἐπιπλοκαί. Αὗται ὀφείλονται εἴτε εἰς αὐτὸν τοῦτον τὸν ἐξηλωκόμενον ὄγκον, εἴτε εἰς τὴν ἐπιμόλυνσίν του, εἴτε εἰς τὰ διάφορα φαινόμενα, ἅτινα προκαλοῦνται λόγω τῆς ἐπεκτάσεώς του εἰς παρακείμενα ὄργανα.

Ἐπιπλοκαί λοιμώδους φύσεως: Ὁ καρκίνος τοῦ οἰσοφάγου ἐπιμόλυνεται σχεδὸν πάντοτε, ἐξ οὗ:

— Φλεγμοναὶ περιοισοφαγικαί, διάχυτοι ἢ ἐντετοπισμένοι, ἐνίοτε γαγγραινώδεις.

— Φλέγμων τοῦ μεσοθωρακίου, ἀποστήματα, βαρεῖαι βρογχοπνευμονίαι, πνευμονικὸν ἀπόστημα, ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον μονῆρες, και δεξιὰ πνευμονικαὶ γαγγραιναὶ, ὀροϊνώδεις και πυώδεις πλευρίτιδες.

Ὁ μηχανισμὸς τῶν ἐπιπλοκῶν αὐτῶν εἶναι πολλαπλοῦς: εἰσόδος μικροβίων προερχομένων ἐκ τῆς ἐπιφανείας τοῦ ὄγκου, περι-οισοφαγίτις, συρίγγιον, ἐκ καταπόσεως.

Ἐπιπλοκαί ἐξ ἐπεκτάσεως: ἡ πρὸς τὸν λάρυγγα ἐπέκτασις τοῦ καρκίνου τοῦ ἄνω τριτημορίου τοῦ οἰσοφάγου θά προκαλέσῃ διαταραχὰς τῆς φωνῆς, λαρυγγικὴν δύσπνοιαν.

— Πρὸς τὴν ἀορτήν, πρὸς τὰ μεγάλα ἀγγεῖα τοῦ μεσαυλίου. Ρῆξις ἐντὸς οἰουδήποτε γειτνιαζόντος ὄrganου.

— Αἱμορραγίαι κεραυνοβόλοι, λόγω ρήξεως τῆς ἀζύγου ἢ τῆς ἀορτῆς, με ἀκαριαῖον θάνατον.

— Διάρρησις ἐντὸς τῶν ἀεροφόρων ὁδῶν—τραχεῖα και ἀριστε-

ρός βρόγχος—λόγω της καρκινωματώδους διηθήσεως. Δυνατόν αὕτη νά προκληθῆ κατά μίαν οίσοφαγοσκοπήσιν ἢ καί ἀπλῆν ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν. Κλινικῶς: μεθ' ἐκάστην κατάποσιν ὕγρου ὁ ἄρρωστος καταλαμβάνεται ἀπὸ ἔντονον ἀγχώδη βῆχα, με ἀσφυκτικὰ φαινόμενα, με ἀπόχρεμψιν περιέχουσιν ὑπολείμματα τροφῶν. Ὁ παροξυντικὸς αὐτὸς βῆξ ἐμφανίζεται καί ἐνδιαμέσως, συνοδευόμενος ὑπὸ ἐμέτων.

— Τὰ οίσοφαγο—βρογχικὰ ἢ ἐνίοτε οίσοφαγο—πνευμονικὰ συρίγγια διαγιγνώσκονται ἀκτινολογικῶς: ἅμα τῇ καταπόσει τοῦ πρώτου βλωμοῦ βαριούχου πόλτου ὁ ἄρρωστος καταλαμβάνεται ἀπὸ ἔντονον βῆχα. Ἡ ταχεῖα λήψις ἀκτινογραφίας ἀποκαλύπτει τὴν πλήρωσιν ἐνὸς βρόγχου ἢ καί πνευμονικῆς μοίρας. Ἡ εἰκὼν αὕτη εἶναι χαρακτηριστικὴ τοῦ συριγγίου ἐκ καρκίνου. Σπανίως νά ὀφείλεται εἰς ἐκκόλπωμα ἢ συφιλίδα τοῦ οίσοφάγου.

Ἄκτινολογικῶς θά ἔχωμεν μίαν σκιάν, ἣτις καταλήγει ἐντὸς τοῦ οίσοφάγου, εἶναι δὲ αὕτη πλέον σαφῆς, ἐάν ἀντί βαρ. πόλτου χορηγηθῆ λιπιόδολη.

— Πίσεις τοῦ μεσοθωρακίου: πάρεσις τοῦ παλινδρόμου, ἰδίως τοῦ ἀριστεροῦ, εἴτε πρῶτος, πρὶν ἢ ἐκδηλωθῆ καί αὕτη ἢ δυσφαγία, συνηθέστερον ὄψιμος, ἐπὶ διαγνωσθέντος ἤδη καρκίνου. Σπανίως θά ἔχωμεν ἀμφοτερόπλευρον πάρεσιν, ἣτις ἐκδηλοῦται με ἀπότομον καί τελείαν ἀφωμίαν, περιοδικὴν ἀρχικῶς, ὀριστικὴν ἐν συνεχείᾳ.

Ἡ πίσις τοῦ παρασυμπαθητικοῦ θά προκαλέσῃ ἀρρυθμίαν ἢ βραδυκαρδίαν, ἐμέτους, κοκκυτοειδῆ βῆχα, ἐνῶ ἡ πίσις τοῦ συμπαθητικοῦ θά ἔχη ὡς ἀποτέλεσμα στένωσιν τῆς βλεφαριδικῆς σχισμῆς καί ἐνόφθαλμον.

Ἡ πίσις, ἐξ ἄλλου, τῶν φλεβῶν, θά προκαλέσῃ οἴδημα ἐν εἴδει «πελερίνας», μετὰ παραπλεύρου κυκλοφορίας.

ΚΛΙΝΙΚΑΙ ΜΟΡΦΑΙ

1. Καρκίνος τοῦ ἄνω τριτημορίου. Ἐξαιρετικὰ ἐπώδυνος λόγω τῶν ἀναγωγῶν, τοῦ ἐπιμόνου βηχός, τῆς ἐκσεσημασμένης δυσφαγίας. Κατὰ τὴν ἐντόπισιν ταύτην παρατηροῦνται κυρίως ἡ πάρεσις τοῦ παλινδρόμου καί τοῦ συμπαθητικοῦ (Σύνδρομον Claude Bernard—Horner).

Ἄκτινολογικῶς θά παρατηρήσωμεν ἀνώμαλον στένωσιν τοῦ

οισοφαγικοῦ στομίου, ἐνίοτε δὲ παραμόρφωσιν τῆς παρυφῆς ἢ ἀπώθησιν τοῦ λάρυγγος (βλ. εἰκ. 4).

2. Καρκίνος τοῦ κάτω τριτημορίου. Κλινικῶς καὶ ἀκτινολογικῶς ὁμοιάζει πρὸς τὸν τοῦ μέσου τριτημορίου. Τὰ κάτω ὄρια θὰ προσδιορισθοῦν ἀκτινολογικῶς καλλίτερον εἰς θέσιν Trendelenburg.

3. Καρκίνος τῆς καρδιακῆς μοίρας. Ἡ κλινικὴ εἰκὼν εἶναι ἡ προηγουμένως λεπτομερῶς περιγραφεῖσα. Ἐνίοτε ἔχομεν μικτὴν συμπτώματολογίαν λόγῳ ἐπεκτάσεως τοῦ καρκίνου πρὸς τὸν στόμαχον (αἰμορραγίαί, λύγι, ἔμεγος, ὄψιμος δυσφαγία).

Ἀκτινολογικῶς. Ὅταν δὲν συνυπάρχη μεγα—οισοφάγος, τὸ χαρακτηριστικὸν σημεῖον εἶναι τὸ ἔλλειμμα καὶ αἱ λειτουργικαὶ διαταραχαὶ τοῦ καρδιακοῦ στομίου: ἐντομή, ἀνώματος παρυφῆ, περιωρισμένης ἐκτάσεως ἔλλειμμα. Εἰς φυσιολογικὴν κατάστασιν αἱ πτυχαὶ τῆς καρδιακῆς μοίρας διακρίνονται σαφῶς καὶ εἶναι ὁμαλαί. Εἰς περίπτωσιν καρκίνου ἀλλάσσουσιν κατεύθυνσιν καὶ εἰς τι σημεῖον διακόπτονται ἀποτόμως. Εἰς πλέον προκεχωρημένον στάδιον παρατηρεῖται ἀπότομος στάσις τοῦ βαρ. πόλτου, ἐξαφάνισις τῶν περιηθητικῶν κινήσεων, ἔλλειμμα καὶ ἀκρωτηριασμὸς μοίρας τοῦ οἰσοφάγου.

Ὅταν ὁ καρκίνος συνυπάρχη μεθ' ἐνὸς μεγα—οισοφάγου, παρατηρεῖται διάτασις τοῦ οἰσοφάγου πολλῶν ἑκατοστομέτρων κατὰ τὴν ἔγκαρσιν διάμετρον. Καὶ ἡ στένωσις ἄλλοτε μὲν εἶναι ὑπερδιαφραγματικὴ, ἄλλοτε δὲ καταλαμβάνει τὸ καρδιακὸν στόμιον, ὅποτε θὰ πρέπη ν' ἀναζητήσωμεν μίαν εἰκόνα ἔλλειμματος ἢ ἀνώμαλου οἰσοφαγικῆς παρυφῆς. Ἡ διαφορικὴ διάγνωσις μεταξὺ ὀργαμάλου οἰσοφαγικῆς παρυφῆς. Ἡ διαφορικὴ διάγνωσις μεταξὺ ὀργαμάλου οἰσοφαγικῆς παρυφῆς καὶ λειτουργικῆς στενώσεως θὰ γίνῃ εἴτε διὰ τῆς διηθήσεως τοῦ σπλαγχνικοῦ εἴτε δι' εἰσπνοῆς νιτρῶδους ἀμυλλίου, ὅποτε ἡ τελευταία ὑποχωρεῖ.

Σημειωτέον, ὅτι δυνατόν ν' ἀναπτυχθῇ δευτεροπαθῶς καρκίνος, μετὰ πάροδον πολλῶν ἐτῶν, 10, 20 καὶ περισσοτέρων, ἐπὶ μεγα—οισοφάγου λειτουργικῆς φύσεως

Διαφορικὴ διάγνωσις. Δυσφαγία ἐπερχομένη εἰς ἄτομον, ἰδίως ὅταν τοῦτο ἔχη ὑπερβῆ τὸ 40ὸν ἔτος τῆς ἡλικίας του, εἶναι πάντοτε ὑποπτος, ὡς ὀφειλομένη εἰς καρκίνον τοῦ οἰσοφάγου. Εἰς τὸ στάδιον αὐτὸ ἡ διάγνωσις δὲν εἶναι δυσχερῆς. Τὸ πρῶτον στάδιον, μετὰ τὰ ἀβληχρὰ καὶ ἀπατηλά συμπτώματα, παρουσιάζει διαγνωστικὰς δυσχερείας, ἀλλὰ καὶ θεραπευτικὸν ἐνδιαφέρον. Ἄνευ

οὐδενὸς δισταγμοῦ θὰ προχωρήσωμεν εἰς τὴν ἀκτινολογικὴν ἔρευ-
ναν καὶ τὴν οἰσοφαγοσκόπησιν.

Ἐπομένως, ἐπαναλαμβάνομεν, ἐνώπιον μιᾶς δυσφαγίας, ἔστω καὶ ἀβληχρᾶς, ἣτις ἐπιμένει ἐκλεκτικῶς πρὸς τὰς στερεὰς τρο-
φάς, μὴ βελτιουμένης μετὰ τὴν ἀλλαγὴν στάσεως τοῦ ἀρρώστου,
παρουσία ἐπωδύνων ἐρυγῶν, ἢ πρώτη σκέψις τοῦ ἱατροῦ θὰ
εἶναι ὁ καρκίνος τοῦ οἰσοφάγου. Ἄνευ οὐδεμιᾶς ἀναβολῆς, ἄνευ
ἀσκόπων θεραπευτικῶν δοκιμασιῶν, θὰ συστηθῇ ἀκτινολογικὴ
ἐξέτασις, οἰσοφαγοσκόπησις, βιοψία.

Κατὰ τὴν περίοδον εἰσβολῆς θ' ἀποκλεισθοῦν τὰ πιθανὰ αἰτία
ἐξωτερικῆς τινος πίεσεως τοῦ οἰσοφάγου.

Κατὰ τὴν τραχηλικὴν μοῖραν: πίεσις ἐκ τοῦ θυρεο-
ειδοῦς (καρκίνος, βρογχοκῆλη) ἢ ἐκ τραχηλικῆς ἀδενόπαθειας.

Κατὰ τὴν θωρακικὴν μοῖραν: ὄγκος τοῦ μεσο-
θωρακίου, ἀνεύρυσμα ἀορτῆς, πίεσις ἐξ ἀδένων φυματιῶδους φύ-
σεως ἢ νεοπλασματικῆς, λεμφαδένωμα, λεμφοκοκκίωμα, ἐγκεκυ-
στωμένη πλευριτίς, ἀπόστημα.

Θ' ἀποκλεισθοῦν ὡσαύτως παθήσεις μὴ νεοπλασματικοί
αὐτοῦ τούτου τοῦ οἰσοφάγου καὶ ἐκδηλούμεναι μετὰ φαινόμενα δυσ-
φαγίας:

— οὐλώδης στένωσις, σπασμὸς, ἐκκόλπωμα, καλοήθεις ὄγκοι.

Ἡ πλέον δυσχερὴς διάγνωσις εἶναι μεταξὺ τοῦ πρωτοπαθοῦς
μεγα-οισοφάγου καὶ τοῦ καρκίνου (βλ. σ. 26).

Ὅσον ἀφορᾷ τοὺς δευτεροπαθεῖς μεγα-οισοφάγους—ἐξαιρέσει
τοῦ νεοπλάσματος—ἡ διάγνωσις θὰ τεθῇ συνήθως ἐπὶ τῆς χειρουργι-
κῆς τραπέζης.

Τέλος, διαγνωστικὰς δυσχερείας παρουσιάζει ὁ καρκίνος τοῦ
στομάχου, ὅστις λόγῳ τῆς ἐντοπίσεως ὑποδέεται συμπτώματα ἐκ
τοῦ οἰσοφάγου, ἀλλὰ καὶ διότι πολλάκις ἄγνωστον, ἐὰν ὁ καρκί-
νος ἔσχεν ὡς ἀρχικὴν ἔδραν τὸν στόμαχον καὶ ἐπεξετάθη πρὸς τ'
ἄνω ἢ καὶ ἀντιστρόφως. Ἡ λεπτομερὴς ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις, ἢ
οἰσοφαγοσκόπησις, ἢ βιοψία, ἐπιβάλλονται ἀπολύτως.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ἡ χειρουργικὴ ἐξαιρέσις τῆς νοσοῦσης μοίρας τοῦ οἰσοφάγου
ἀποτελεῖ τὴν πλέον ἰδεώδη θεραπείαν. Μολταυτὰ καὶ παρά τὰς
ἐξαιρετικὰς προόδους τῆς χειρουργικῆς εἰς τὸ κεφάλαιον τοῦτο, ὁ
καρκίνος τοῦ οἰσοφάγου ἐξακολουθεῖ νὰ διατηρῇ τὸ θλιβερὸν προ-
νόμιον τῆς βαρείας προγνώσεως καὶ θνησιμότητος.

— αναλόγως της έντοπίσεως:

μέσος οίσοφάγος: 23,6%

κάτω οίσοφάγος: 13%

Οι αριθμοί ο἗τοι τοῦ Sweet εἶναι ἐξαιρετικὰ εὐνοϊκοί, ἐφ' ὅσον ἄλλοι, ἄριστοι χειρουργοί, ἀναβιβάζουν τὸ ποσοστὸν θνησιμότητος εἰς 30%.

Δυστυχῶς, ἐπὶ τριῶν περιπτώσεων καρκίνου τοῦ οἰσοφάγου μόνον ὁ εἷς ἐπιδέχεται ἐπέμβασιν. Ὁ Garlock θεωρεῖ ὡς χειρουργησίμους μόνον τοὺς ὄγκους ἐκείνους, οἱ ὅποιοι δὲν ἔχουν ἐπεκταθῆ πέραν τῶν τοιχωμάτων τοῦ οἰσοφάγου.

Φυσικά, ἡ πεῖρα τοῦ χειρουργοῦ εἶναι σημαντικὸς παράγων. Π.χ. ὁ Γάλλος Lorigot Jacob, κατὰ τὰ ἔτη 1944—1947, ἐκτελεῖ 21 οἰσοφαγεκτομὰς μὲ 20 θανάτους (95%).

Κατὰ τὸ 1947—1948, ἐκτελεῖ 32 μὲ 11 θανάτους (33%). Κατὰ τὰ ἔτη 1948—1950 ἐκτελεῖ 64 ἐκτομὰς μὲ 16 θανάτους (22%).

Ποῖα τ' ἀπώτερα ἀποτελέσματα; Οἱ διδόμενοι ἀριθμοὶ δὲν εἶναι καὶ πολὺ ἐνθαρρυντικοί, οὔτε ὁμῶς καὶ ἀπογοητευτικοί. Ὑπάρχει βεβαίως ἡ ὑπὸ τοῦ Thorek, ἀναφερομένη διάσσημος περίπτωση, ἡ χειρουργηθεῖσα τὸ 1913, ὡς καὶ ἡ τῶν Adams καὶ Phemister, ἐν ζωῇ εἰσέτι ἀπὸ 15 ἐτῶν καὶ πλέον.

Ὁ Resano, ἐπὶ 155 περιπτώσεων ἀναφέρει ἐπιβιώσιν 6 ἐτῶν εἰς καρκίνους τοῦ κάτω τριτημορίου καὶ 5 ἐτῶν τοῦ μέσου.

Ἡ πρόσφατος στατιστικὴ τοῦ Garlock (1951) ἔχει οὕτω:

Ἐπὶ 142 περιπτώσεων ἀδενοκαρκινώματος τῆς καρδιακῆς μοίρας, ἄρρωστοι ἐπιδεκτικοὶ ἐγχειρήσεως: 74 (52%). Ὀλικὴ θνησιμότης: 32%. Θνησιμότης τῶν τελευταίων 25 περιπτώσεων: 10%. Ἐννέα ἄρρωστοι ζοῦν πλέον τῶν 5 ἐτῶν (1 ἀπὸ 10ετίας, 2 ἀπὸ 9 ἐτῶν, 2 ἀπὸ 8 ἐτῶν καὶ 2 ἀπὸ 7 ἐτῶν).

Ἡ χειρουργικὴ ἐπέμβασις θὰ ἐπιχειρηθῇ ἐφ' ὅσον δὲν ὑπάρχουν ἀντενδείξεις, τοπικαὶ καὶ γενικαί, ὡς μεγάλη ἐπέκτασις τοῦ ὄγκου καὶ ἀκίνητοποιήσις τοῦ οἰσοφάγου, ἐπέκτασις πρὸς τοὺς βρόγχους (συρίγγια), μεταστάσις πρὸς τοὺς τραχηλικοὺς ἀδένας, τὸ ἥπαρ, τὰ ὄστα κ.ο.κ. Ἡ λίαν προκεχωρημένη ἡλικία τοῦ καρκινοπαθοῦς καθιστᾷ διστακτικὴν τὴν ἐπέμβασιν, ἰδίως ὅταν οὗτος πάσχη ἐκ χρονίας βρογχίτιδος, ἐξ ἐμφυσήματος, ἐκ χρονίας καρδιακῆς παθήσεως, ὑπερτάσεως, νεφρίτιδος κλπ.

Φυσικὰ πρὸ τῆς ἐπεμβάσεως ἡ προπαρασκευὴ τοῦ ἀρρώστου δεόν νὰ εἶναι σχολαστικὴ. Θ' ἀποκατασταθῇ ἡ ἀναιμία διὰ συνεχῶν μεταγγίσεων αἵματος, ἡ ὑποπρωτεΐναιμία διὰ τῆς ἐνδοφλεβίου χορηγήσεως ἀμινοξέων, θὰ καταπολεμηθῇ ἡ ἀφυδάτωσις, ἡ ἀπώλεια ἠλεκτρολυτῶν, κ.ο.κ.

β) Παρηγορητική θεραπεία. Αυτή αφορά τούς μη έπιδεχομένους ριζικήν επέμβασιν καρκίνους. Φαρμακευτικῶς, ἐλάχιστα ἔχουμεν νά προσφέρωμεν, πλὴν ἀντισπασμωδικῶν, βρωμιούχων, βαρβιτουρικῶν καὶ τέλος μορφίνης. Ὡς εἰδικόν σπασμολυτικόν συνιστάται διάλυμμα παπαβερίνης 2%, 20 σταγόνες, δις ἡμερησίως. Ἀπὸ διαιτητικῆς πλευρᾶς θά χορηγῶμεν τροφάς εἰς πολτῶδη κατάστασιν, γάλα, ψά, ἐλαιόλαδον κ.ο.κ.

Ἀπὸ χειρουργικῆς ἀπόψεως ἐκτελοῦνται ὠρισμένοι πρόχειροι, παρηγορητικαὶ ἐπεμβάσεις. Αἱ ἄλλοτε γενόμεναι διὰ κηρίων διαστολαὶ σήμερον ἔχουν μᾶλλον ἐγκαταλειφθῆ.

Ἡ γαστροστομία ἐξασφαλίζει τὴν σίτισιν τοῦ ἀρρώστου καὶ ἐνδείκνυται εἰς περιπτώσεις ἐκτεταμένου καρκίνου, εἰς ἄτομα ἠλικιωμένα, μὲ μεγάλην ἀπίσχανσιν.

Ἐκτελοῦν ὡσαύτως ἀναστόμωσιν τῆς νήστεως ἢ γαστροοισοφαγικὴν τοιαύτην, κατὰ τὴν ὁποῖαν ὁ στόμαχος ἔλκεται ἐντὸς τοῦ θώρακος καὶ ἀναστομοῦται μὲ τὴν ὑπερθεν τοῦ καρκίνου μοίραν τοῦ οἰσοφάγου. Τοιουτοτρόπως ἀποκαθίσταται ἡ ἐπικοινωνία οἰσοφάγου — στομάχου, καὶ ὁ ἀρρώστος ἔχει τὴν ἐντύπωσιν ριζικῆς ἐπεμβάσεως, ἐνῶ μὲ τὴν γαστροστομίαν ὑφίσταται ἔντονον ψυχικόν κλονισμόν.

Ἄλλοι προτιμοῦν τὴν τοποθέτησιν τοῦ σωλήνος Souttar — Resano, κατόπιν διαστολῆς. Ὁ μέγας κίνδυνος εἶναι ἡ διάτρησις τοῦ οἰσοφάγου.

γ) Ἀκτινοθεραπεία. Ἐνδείκνυται κυρίως ἐπὶ ἀκτινοευσιασθήτου καρκίνου τῆς τραχηλικῆς μοίρας. Εἰς ἀναλόγους περιπτώσεις ἀναφέρονται ἐπιβιώσεις καὶ πέραν τῆς δεκαετίας.

Δυσχερείας παρουσιάζει ἡ ἀκτινοβολία τοῦ μέσου οἰσοφάγου, ὅπου κινδυνεύει τις, δίδων τὴν ἀπαραίτητον δόσιν ἀκτίνων, νά προκλήσῃ σοβαρὰς βλάβας τοῦ δέρματος καὶ τῶν ἄλλων ὀργάνων.

Ἡ ἀκτινοθεραπεία προτιμᾶται σήμερον τῆς ραδιοθεραπείας. Τ' ἀποτελέσματα εἶναι προσωρινά, καλλίτερα δὲ εἰς ἐντοπίσεις τοῦ ἄνω τριτημορίου. Δὲν ἀναφέρουν ὅμως ἐπιβιώσεις πέραν τῶν 30 μηνῶν.

Ἡ κυκλοθεραπεία — ἡ σκοπὸν ἔχουσα τὴν χορήγησιν τῆς κατὰ τὴν ἀκτινοβολίαν τοῦ δέρματος — παρουσιάζει περισσότερο ἐνδιαφέρον. Κατὰ τὴν μέθοδον ταύτην ὁ ἀρρώστος στρέφεται περίξ τῆς ἀκτινοβολούσης πηγῆς. Ὁ ὄγκος ἔχει ἐπακριβῶς προσδιορισθῆ ἀκτινοσκοπικῶς, κατὰ δὲ τὴν ἀκτινοβολίαν γίνεται συνεχῆς ἀκτινοσκοπικὴ παρακολούθησις διὰ σωλήνος εἰς

αχθέντος εντός τοῦ οἰσοφάγου, ὁπότε ὁ ἀκτινοθεραπευτῆς κατευθύνει συνεχῶς τὴν ἀκτινοβολίαν πρὸς τὸν ὄγκον. Τὴν μέθοδον ταύτην εἶχομεν τὴν εὐκαιρίαν νὰ παρακολουθήσωμεν εἰς τὸ Radium Hemmet τῆς Στοκχόλμης, ὅπου καὶ ἐπεδείχθησαν εἰς ἡμᾶς περιπτώσεις ἑξαφανίσεως ἀνεγχειρήτου ὄγκου, ἀπὸ ἔτους. Κατ' ἄλλην μέθοδον, ἀντὶ νὰ στρέφεται ὁ ἄρρωστος, τὸ ἀκτινολογικὸν μηχάνημα, διὰ ἐδικῶν κινήσεων, ἀκτινοβολεῖ τὸν ὄγκον εἰς διάφορα συγχρόνως σημεῖα. Εἶναι πρόσφατα εἰσέτι τ' ἀποιλέσματα ὥστε νὰ κρίνη τις περὶ τῆς ἀξίας τῆς μεθόδου ταύτης. Ἦδη πειραματίζονται καὶ διὰ τοῦ Betatron.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ Γ'

ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗ ΔΥΣΦΑΓΙΑ

(Σύνδρομον Kelly - Paterson ή τ. Plummer - Vinson).

Οι ασχολούμενοι ειδικώτερον με τὰ νοσήματα τοῦ πεπτικοῦ συστήματος εἶναι σχεδόν καθημερινῶς ὑποχρεωμένοι ν' ἀνατρέχουν εἰς τὴν αἱματολογία.

Αἱ ἀναιμῖαι καὶ μόναι ἄρκοδν, ὥστε συχνότατα ἡ ἀναζήτησις τῆς αἰτιολογίας τῶν νὰ κατευθύνεται πρὸς τὸν γαστρεντερικὸν σωλήνα. Οὕτως ἀναιμῖαι διαφόρου βαθμοῦ καὶ διαρκείας δυνατόν νὰ ὀφείλωνται εἰς αἱμορραγίας τούτου ἢ εἰς κακοήθεις ἐξεργασίας ἢ εἰς μεταστάσεις αὐτῶν, ὅποτε δημιουργοῦνται σπάνια αἱματολογικὰ σύνδρομα, ὅπως ἡ ἐρυθροβλαστική ἀναιμία. Μία γαστρεκτομή, ἐξ ἄλλου, προκαλεῖ ἀναιμίαν, ἐνίοτε βαρείας μορφῆς, ὅπως καὶ μία δυσλειτουργία τοῦ πεπτικοῦ σωλήνος.

Ἡ προσβολὴ ἄλλων ὀργάνων, ἀρρήκτως συνδεομένων μετὰ τοῦ πεπτικοῦ σωλήνος — ἥπατος, σπληνός — δημιουργεῖ αἱματολογικὰ σύνδρομα, ὅπως τὸν αἱμολυτικὸν ἴκτερον, διαφόρους λευκοπενίας, λεμφοκυτταρώσεις, πορφύρας κ.ο.κ.

Ἄλλὰ καὶ ἡ ἐντόπισις ἐπὶ τοῦ πεπτικοῦ σωλήνος μιᾶς παθήσεως τοῦ αἱμοποιητικοῦ συστήματος — Hodgkin, λευχαιμίας — προκαλεῖ διαταραχὰς ἐκ τοῦ πεπτικοῦ, ἀλλὰ καὶ παθολογοανατομικὰς ἀλλοιώσεις. Ἀρκεῖ ν' ἀναφέρωμεν τὴν γλῶσσαν καὶ τὰς διαφόρους ἀλλοιώσεις ταύτης εἰς πλεῖστα ὅσα αἱματολογικὰ σύνδρομα, ὅπως μακροκυτταρικές ἀναιμίας, ὡς καὶ σιδηροπενικές, διαφόρους αἱμορραγικὰς διαθέσεις κ.ο.κ.

Ἐξ ὄλων ὁμως τῶν παθήσεων τοῦ αἵματος, διὰ τρεῖς κυρίως ἐνέχει σπουδαίαν σημασίαν ὁ πεπτικὸς σωλήν: τὴν ἀναιμίαν τύπου Biermer, τὴν νόσον τοῦ Vaquez, τὴν σιδηροπενικὴν δυσφαγίαν.

Ὁ ρόλος τοῦ στομάχου κυριαρχεῖ εἰς τὴν ἀναιμίαν τύπου Biermer, ὡς ἐπίσης καὶ εἰς ἐτέραν ἀναιμίαν χαρακτηριζομένην ἀπὸ πτώσιν τῆς αἱμοσφαιρικής ἀξίας, μείωσιν τῆς αἱμοσφαιρίνης, μικροκυττάρωσιν καὶ ἐκ τοῦ γεγονότος ὅτι ἐπηρεάζεται μόνον ἀπὸ τὸν σίδηρον καὶ οὐχὶ ἀπὸ τὰ ἥπατικά ἐκχυλίσματα.

Ἡ σιδηροπενικὴ αὕτη χλωρο—αναιμία παρατηρεῖται εἰς τὴν διαφραγματοκῆλην.

Ἐτέρα ἀναιμία, μετὰ τὴν ὁποῖαν καὶ θ' ἀσχοληθῶμεν κατωτέρω, εἶναι ἡ ἀρρήκτως συνδεδεμένη μετὰ τὴν παθολογίαν τοῦ οἰσοφάγου, γνωστὴ ὡς σιδηροπενικὴ δυσφαγία ἢ σύνδρομον Kelly—Paterson ἢ σ. Plummer—Vinson.

Τὸ σύνδρομον τοῦτο χαρακτηρίζεται ἀπὸ τὸν συνδυασμὸν δύο, κυρίως, συμπτωμάτων, ἕκαστον τῶν ὁποίων, κεχωρισμένως, ἀπαντᾷ συχνότατα. Ταῦτα εἶναι :

— Ἡ δυσφαγία

— Ἡ ἀναιμία

Ἡ λεπτομερὴς δὲ μελέτη τοῦ συνδρόμου τούτου ἀποκαλύπτει τὸ πολυπλοκὸν τοῦ προβλήματος καὶ φέρει εἰς τὸ προσκῆνιον τῆς Παθολογίας τὸ δύσλυτον πρόβλημα τῶν προκαρκινικῶν καταστάσεων.

Ἱστορικόν : Εἰς τὴν κλασσικὴν εἰσήγησίν του ἐπὶ τοῦ θέματος τούτου, (Arch. Mal. App. Dig. No 11 bis 1951) ὁ Γάλλος Fr. Moutier, ἀποκαλύπτει, ὅτι οἱ πρῶτοι περιγράψαντες τὸ σύνδρομον εἶναι οἱ Ἄγγλοι Kelly καὶ Paterson. Πράγματι, ὁ εἰς ἀνεξαρτήτως τοῦ ἄλλου καὶ ἄλλως συμπτωματοκῶς, προέβησαν τὴν αὐτὴν ἡμέραν εἰς τὴν συνεδρίαν τῆς 2ας Μαΐου 1919, τοῦ Λαρυγγολογικοῦ τμήματος τῆς Βασιλικῆς Ἱατρικῆς Ἑταιρείας τοῦ Λονδίνου, εἰς πλήρη μελέτην τοῦ συνδρόμου τούτου. Πολύ μεταγενεστέρως (1922) ὁ Vinson περιγράφει ἐκ νέου τὸ σύνδρομον τοῦτο, ἀναφερόμενος συγχρόνως εἰς ἀνέκδοτον ἐργασίαν τοῦ Plummer. Ἐκτοτε ἡ ἐργασία τοῦ Vinson ἐθεωρήθη ὡς πρωτότυπος καὶ οὕτως ἐπεκράτησεν ὁ ὄρος σ. Plummer—Vinson, ἐνῶ κατὰ τὸν Moutier, ἀπὸ ἱστορικῆς ἀπόψεως, δεόν ν' ἀποκαλεῖται σ. Kelly—Paterson.

Βεβαίως καὶ πρὸ αὐτῶν εἶχον γίνεαι ὠρισμένοι κλινικαὶ παρατηρήσεις. Ἡ δυσφαγία ἦτο γνωστὴ καὶ εἶχε χαρακτηρηθῆ ὡς «ὕστερικῆς» φύσεως, ὅπως ἐπίσης ἦτο γνωστὴ καὶ ἡ ἀναιμία. Ἀρκεῖ νὰ σημειωθῆ, ὅτι ὁ Sydenham (1861) ἔγραψεν ὅτι «τὰ πνεύματα συγκεντρωμένα ρίπτονται κατὰ ομάδας καὶ μετὰ ὀρμητικότητά ἐπὶ τῶν μυῶν τοῦ φάρυγγος καὶ τοῦ λάρυγγος προκαλοῦντα οὕτω σπασμοὺς καθ' ὅλην τὴν ἔκτασιν τὴν ὁποῖαν διατρέχουν». Μολαταῦτα σημειώνει, ὅτι «τὰ φαινόμενα ταῦτα ἀπαντοῦν κυρίως εἰς τὰς γυναῖκας, αἵτινες ἔχουν ὑποστῆ ἀφαιμάξεις ἢ αἱμορραγίας ἐκ τοκετοῦ ἢ ἔχουν πολὺ νηστεύσει ἢ ἀπὸ καιροῦ δὲν σιτίζονται μετὰ κρέας καὶ ὅτι ὁ σίδηρος δυναμώνει τὸ αἷμα καὶ θεραπεύει τὰ ὠχρὰ χρώματα».

Ὀλίγον κατ' ὀλίγον μελετᾶται ὑπὸ διαφόρων συγγραφέων ἡ σχέσις δυσφαγίας καὶ ἀναιμίας, ἡ ἀχλωροδρία, ἡ συνύπαρξις γλωσσιτίδος καὶ ἀναιμίας, τὸ δὲ 1933 ἐκτελεῖται καὶ ἡ πρώτη βιοψία.

Χάρις εἰς τὴν οἰσοφαγοσκόπησιν περιγράφονται λεπτομερῶς αἱ μεμβράναι τοῦ οἰσοφάγου, ὡς καὶ ἡ συχνότης τοῦ καρκίνου τοῦ ὑποφάρυγγος ὑπὸ τοῦ Ahlborn, οἱ δὲ Waldenström καὶ Kjellberg περιγράφουν τὴν ἀκτινολογικὴν εἰκόνα.

Ὁ Waldenström ἀποδεικνύει ἐπὶ πλέον τὴν ὕπαρξιν ἑνὸς συνδρόμου δυσφαγίας μετὰ κοιλωνυχίας καὶ ἄνευ ἀναιμίας, ἀχλωρυδρίας ἄνευ ἀναιμίας, κ.ο.κ. Κατόπιν τούτου προτείνει ὅπως ὁ ὄρος σ. Plummer—Vinson, ἀντικατασταθῆ ὑπὸ τοῦ πλέον γενικοῦ τοιοῦτου, τῆς σιδηροπενικῆς δυσφαγίας.

Ἀπὸ τοῦ 1939 καὶ ἐντεῦθεν Σουηδοί, κυρίως, ἐπιστήμονες καὶ Ἀμερικανοὶ προβαίνουν εἰς λεπτομερεῖς μελέτας ἀφορώσας τὴν κλινικὴν εἰκόνα, τὴν αἰτιολογίαν, τὴν παθογονίαν τῆς νόσου κλπ.

Γενικὴ ἐπισκόπησις. Σημαντικὸν ρόλον εἰς τὴν δημιουργίαν τοῦ συνδρόμου τούτου παίζουν ἀναμφισβητήτως ὠρισμένοι παράγοντες, τοὺς ὁποίους θέλομεν ἀναφέρει :

Φυλετικὸν παράγοντες : Τὸ σύνδρομον τοῦτο παρατηρεῖται κυρίως εἰς τὰς βορείους χώρας, ὅπως τὰ Σκανδιναβικὰ κράτη, τὴν Ἀγγλίαν, τὴν Βόρειον Ἀμερικὴν, δι' ἧ καὶ αἱ περισσότεραι μελέται καὶ αἱ πλουσιώτεραι στατιστικαὶ προέρχονται ἐκ τῶν χωρῶν αὐτῶν. Εἰς τὴν Σουηδίαν, ἰδίως, ἡ συχνότης τῆς νόσου εἶναι τοιαύτη καὶ συνεχῶς προοδευτικὴ, ὥστε ἐπὶ τριῶν ἀρρώστων, προσερχομένων πρὸς ἐξέτασιν εἰς τὸ Ἀντικαρκινικὸν Ἰνστιτούτον τῆς Στοκχόλμης, ὁ εἰς τούτων παρουσιάζει τὸ τυπικὸν προσωπεῖον τοῦ συνδρόμου : χεῖλη λεπτὰ καὶ συσφιγμένα, ραγάδας τῶν γωνιῶν τῶν χεῖλέων, γλῶσσαν μὲ ἀτροφίαν τῶν θηλῶν.

Ὁ οἰκογενειακὸς χαρακτήρ τῆς νόσου ἀναφέρεται ἐνίοτε ἢ μέση ἡλικία τῶν ἀρρώστων αὐτῶν κυμαίνεται μεταξὺ 40—50 ἐτῶν, ἀν καὶ παρατηρήθησαν περιπτώσεις καὶ κάτω τῶν 15 ἐτῶν. Εἰς τὰ παιδία πιθανόν νὰ συμμετέχη, ὡς προδιαθέτων παράγων, μία ἰδiosis κρυσταλλοειδογενετικῆ ἐπιβάρυνσις.

Ἀπὸ ἀπόψεως φύλου ὑπερέχει ἀναμφισβητήτως τὸ γυναικεῖον καὶ μάλιστα εἰς ποσοστὸν 80—95%, μέσης ἡλικίας καὶ ἀγάμων. Ἡ νόσος ἐκδηλοῦται τὸ πρῶτον τὴν ἀνοιξιν, κατὰ τὴν αὐτὴν δὲ ἐποχὴν παρουσιάζει συνήθως καὶ τὰς παροξύνσεις. Φαίνεται ὅμως ὅτι ἐκδηλοῦται κυρίως περὶ τὸ τέλος τοῦ χειμῶνος, ὅποτε ἡ διατροφή εἶναι ἐλλειπεστερά.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΓΟΝΙΑ

Ὁ ρόλος τοῦ γεννητικῆς κύκλου εἶναι σημαντικὸς, ἐξ οὗ καὶ τὸ γεγονός ὅτι προσβάλλονται κυρίως αἱ γυναῖκες καὶ μάλιστα αἱ πάσχουσαι ἐκ δυσμηνορροίας. Μεγίστην ἐπίδρασιν ἀσκοῦν ἡ ἐμμηνόπαυσις, ἡ κύησις, ὁ τοκετός. Ἐπιδρῶν ὡσαύτως αἱ μητρορραγίαι, ὡς καὶ αἱ αἱμορραγίαι ἄλλης φύσεως, ὅπως ἡ αἱμορραγικὴ κωλίτις κ.λ.π.

Ἡ διατροφή εἶναι σημαντικὸς παράγων.

Ἡ ἔλλειψις κρέατος, ὠμῶν λαχανικῶν, φρούτων, παρατηρεῖται ἐκεῖ ὅπου ἀπαντᾷ καὶ τὸ σύνδρομον τοῦτο, ὅπως εἰς Βόρειον Σουηδίαν, ὅπου ἡ διατροφή ἀποτελεῖται ἀποκλειστικῶς ἐκ γάλακτος, ἄρτου, γεωμήλων, ἐνῶ οἱ κάτοικοι τῶν παραλίων καὶ τῶν νήσων,

χάρις εἰς τὴν ὑπαρξιν ἰχθύων, προσβάλλονται πολὺ ὀλιγώτερον ἀπὸ τοὺς κατοίκους τῆς ἐνδοχώρας.

Ἡ στέρησις τοῦ κρέατος προκαλεῖ ἐν συνεχείᾳ καὶ ἀποστροφὴν πρὸς αὐτό, δημιουργουμένης τοιουτοτρόπως μιᾶς εἰδικῆς ἀνορεξίας. Ὑπάρχουν ὁμως καὶ ἄλλοι ἄγνωστοι παράγοντες, ἐφ' ὅσον ὑπὸ τοὺς αὐτοὺς ὁρους διαβιώσεως καὶ ὑπὸ τὸν αὐτὸν γεωγραφικὸν παράλληλον, ἄλλοι πληθυσμοὶ προσβάλλονται καὶ ἄλλοι ὄχι, ὅπως λ.χ. οἱ Λάπωνες.

Ἡ ἐλαττωματικὴ διατροφή ἀντανακλᾷ ἐπὶ τοῦ στομάχου. Οὕτω τὰ 68% τῶν ἀρρώστων τούτων εἶχον ἀχλωρυδρίαν. Ἐκσεσημασμένη ὑποχλωρυδρία ὑπάρχει ὅπωςοδήποτε.

Αὕτη ὁμως δὲν εἶναι ἀνίατος, ὅπως ἐπὶ περιπτώσεως ἀναιμίας τύπου Biermer. Κατόπιν εἰδικῆς διὰ σιδήρου θεραπείας ἀποκαθίσταται κατὰ τὸ μᾶλλον ἢ ἥττον πλήρως.

Παρατηρεῖται ὡσαύτως ἀβιταμίνωσις ἀφορώσα κυρίως τὸ σύμπλεγμα Β, ἰδιαίτερος δὲ τὴν ριβοφλαβίνη. Ἡ ἀβιταμίνωσις αὕτη ἐπιδρᾷ ἐπὶ τῶν ἐπιθηλίων, διαταράσσουσα τὸν μηχανισμόν τῆς κυτταρικῆς ὀξειδώσεως. Ἡ ἔλλειψις, ἐξ ἄλλου, τῆς βιταμίνης C δυνατόν νά προκαλέσῃ, ἀνεξαρτήτως οἰασοδήποτε ἀναιμίας, τὴν ἐξοφάνισιν τῶν θηλῶν τῆς γλώσσης καὶ τὰς ἀλλοιώσεις τῶν ὀνύχων.

Ὁ κυριώτερος, ὁμως, αἰτιολογικὸς παράγων φαίνεται ὅτι εἶναι ἡ ἀνεπαρκὴς ἀφομοίωσις τοῦ σιδήρου. Ἡ ἔλλειψις τούτου εἰς τὰς χλωρωτικές ἀναιμίας εἶναι ἀπὸ πολλοῦ γνωστή. Αἱ ἔρευναι τοῦ Waldenström, ἀφορώσαι τὴν σιδηροπενίαν μετὰ τὸ πλῆθος τῆς Βορείου καὶ τῆς Κεντρικῆς Σουηδίας, ὅπου καὶ ἡ κατανάλωσις τοῦ κρέατος εἶναι ἀνεπαρκὴς, κατέληξαν εἰς τὰ ἑξῆς συμπεράσματα :

—Τὰ 30% τῶν γυναικῶν παρουσιάζουν σιδηροπενίαν : σιδηροσδροῦ κάτω τῶν 55γ%, μὲ κατώτατα ὄρια 10,18 ἕως 20γ%. Οἱ ἀριθμοὶ οὗτοι συμφωνοῦν μὲ τοὺς ὑπὸ τοῦ Lederer ἀναφερομένους διὰ τὴν ὑπόχρωμον ἀναιμίαν, ἥτοι 20 ἕως 40γ% εἰς τοὺς ἀχλωρυδρικούς. Ἡ σιδηροπενία αὕτη εἰς τὰς γυναῖκας εἶναι εὐνόητος, ἐφ' ὅσον γνωρίζομεν ὅτι αἱ εἰς σίδηρον ἀνάγκαι ταύτης εἶναι μεγαλύτεραι τῶν τοῦ ἀνδρός, λόγῳ τῆς ἐμμήνου ρύσεως, ἐγκυμοσύνης, θηλασμοῦ, ἐμμηνοπαύσεως.

βολική ἐν τῷ ὀργανισμῷ ἰσορροπία τοῦ Fe, δεδομένου ὅτι ἀληθῆς ἀπέκκρισις σιδήρου ἐκ τοῦ ὀργανισμοῦ δὲν τελεῖται.

Τὸ ἐντερικὸν ἐπιθήλιον δρᾷ ὡς νὰ ἀντιλαμβάνεται τὰς εἰς σίδηρον ἀνάγκας τοῦ ὀργανισμοῦ, τὸν ὁποῖον καὶ τροφοδοτεῖ ἀκριβῶς μὲ τὰς ἀπαιτούμενας ποσότητας. Οὕτως ἀπορροφᾶται περισσότερος σίδηρος εἰς τὰ παιδιά καὶ τὰς ἐγκύους ἢ κατόπιν αἱμορραγιῶν, διότι καὶ αἱ ἀνάγκαι τοῦ ὀργανισμοῦ εἶναι ἠύξημέναι εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς. Κατὰ τὴν ἐννεάμηνον λ.χ. κύησιν ἢ μήτηρ, ἐκ τοῦ συνολικοῦ τῆς ἀποθέματος Fe, θὰ δῶσῃ εἰς τὸ ἔμβρυον τὴν κολοσσίασαν ποσότητα τῶν 1.50 γρ.—2 γρ.

Τὸ διὰ τῆς ἡμερησίας τροφῆς προσφερόμενον ποσὸν σιδήρου ὑπολογίζεται εἰς 10—20 χγ. Ἐκ τούτου ἐλάχιστον ποσὸν ἀπορροφᾶται, τὸ ἐν δέκατον ἢ ἕτι ὀλιγώτερον (0,8—1 χγ, κατὰ τινὰς συγγραφεῖς μεγαλύτερον ποσόν), ἐνῶ τὸ ὑπόλοιπον ἀποβάλλεται διὰ τῶν κοπράνων.

Μικραὶ ποσότητες σιδήρου ἀπεκκρίνονται διὰ τῆς χολῆς (μέρος ἀπορροφᾶται ἐκ νέου), ἐλάχιστα ἴχνη διὰ τοῦ ἰδρώτος καὶ διὰ τῶν οὔρων. Τὸ ποσὸν τοῦ διὰ τῶν οὔρων ἀποβαλλομένου Fe ὑπολογίζεται εἰς 0,5—1 χγ. κατὰ 24 ὥρον. Λόγῳ τῆς μικρᾶς ταύτης ἀπεκκρίσεως ὁ ὀργανισμὸς ὑποχρεοῦται νὰ διατηρῇ τὸ ἰσοζύγιον σιδήρου διὰ ρυθμίσεως τῆς ἀπορροφῆσεως τούτου. Ἐν ἐναντίῳ περιπτώσει θὰ συνεσῶρεύοντο μεγάλαι ποσότητες Fe, ὅποτε θὰ προῦκαλεῖτο αἰμοσιδηρίασις.

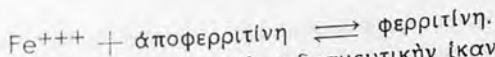
Ἐν τῷ ὀργανισμῷ ἐλευθεροῦνται κατὰ τὸ εἰκοσιτετράωρον 30—40 χγ. Fe, ἐκ τῆς φυσιολογικῆς καταστροφῆς τῶν ἐρυθρῶν αἰμοσφαιρίων.

Τὸ συνολικὸν ποσὸν τοῦ ἐν τῷ ὀργανισμῷ σιδήρου, ὑπολογιζόμενον περίπου εἰς 5 γρ., κατανέμεται ὡς ἀκολούθως :

- Αἰμοσφαιρίνη = 2.450 χ.γ.
- Μυελὸς τῶν ὀστέων = 500 χ.γ.
- Μυοαἰμοσφαιρίνη = 600 χ.λ.
- Σιδηροῦχα ἐνζυμα = 500 χ.γ.
- Σίδηρος ὄροθ = 3 χ.γ.
- Ἀποθήκαι (φερριτίνη ἰστών) = 1000 χ.γ.

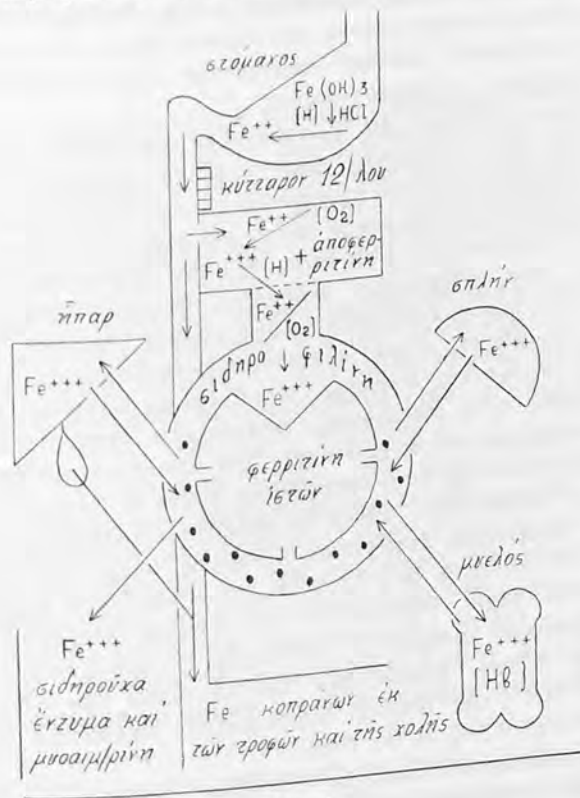
Τὰ πλουσιώτερα εἰς σίδηρον ὄργανα εἶναι ὁ σπλήν, ὁ μυελὸς τῶν ὀστέων καὶ τὸ ἥπαρ.

Ὁ σίδηρος εἰσέρχεται ἐντὸς τῶν κυττάρων τοῦ βλεννογόνου τοῦ δωδεκαδακτύλου ὡς Fe^{++} (βλ. σχ 1). Ἐντὸς αὐτῶν ὀξειδοῦται πρὸς Fe^{+++} καὶ ἐνοῦται μετὰ μιᾶς πρωτεΐνης, τῆς ἀποφερριτίνης, πρὸς σχηματισμὸν φερριτίνης.



Ἡ άποφερριτίνη ἔχει μεγάλην δεσμευτικὴν ἰκανότητα ἔναντι τοῦ Fe. Τὸ μόριον τῆς φερριτίνης περιέχει 23% Fe^{+++} , ἐνῶ, ὡς γνωστόν, ἡ Hb περιέχει μόνον 0,33%.

Ὁ ρόλος, ἀκριβῶς, τῆς άποφερριτίνης εἶναι νὰ δεσμεύῃ τὸν σιδηρὸν πρὸς σχηματισμὸν φερριτίνης, ἥτις δὲν δύναται ν' ἀπορροφηθῆ, ἀναλόγως δὲ τῶν ἀναγκῶν ν' ἀποδίδῃ, δι' ἀπελευθερώσεως,



Σχ. 1.

εἰς τὴν κυκλοφορίαν τὴν ποσότητα σιδήρου ἣν ἀπαιτεῖ ὁ ὀργανισμός. Εἶναι εἰσέτι ἄγνωστον κατὰ ποῖον τρόπον λαμβάνει τοῦτο χῶραν. Γνωρίζομεν μόνον ὅτι ἡ ἀπορρόφησις εἶναι ἐντονωτέρα ἐφ' ὅσον ἡ στάθμη τοῦ πλασματικοῦ σιδήρου εἶναι χαμηλή. Ἐλάττωσις τοῦ σιδήρου τοῦ ὄρου προκαλεῖ ἠύξημένην ἀπορρόφησιν καὶ ἀντιστρόφως (ἐπὶ μεθαιμορραγικῶν ἀναιμιῶν ἀπορρόφησις μέχρις 50%).

Ὁ ἐκ τῆς φερριτίνης ἀπελευθερούμενος Fe^{+++} , ἵνα εἰσέλθῃ εἰς τὴν κυκλοφορίαν, ἀνάγεται εἰς Fe^{++} ἀναλόγως τῶν ἀναγκῶν τοῦ ὀργανισμοῦ. Ἀμέσως μετὰ τὴν εἰσοδὸν του ὀξειδοῦται ἐκ νέου πρὸς Fe^{+++} καὶ ἐνοῦται ἐν τῷ πλάσματι μετὰ μιᾶς β-σφαιρίνης, τῆς σιδηροφυλλίνης (Iron Binding Protein). Ἡ σιδηροφυλλίνη, ὑπὸ φυσιολογικᾶς συνθήκας, εὐρίσκεται συνδεδεμένη μὲ τὸ 1)3 τῆς ποσότητος σιδήρου, τὴν ὁποῖαν οὐσιαστικῶς δύναται νὰ συνδέσῃ, ἤτοι 300—500 γ%. Πέραν τῆς ποσότητος ταύτης ὁ σίδηρος κυκλοφορεῖ ἐλεύθερος καὶ προκαλεῖ τοξικὰ φαινόμενα, κυρίως ἐκ τοῦ κεντρικοῦ νευρικοῦ συστήματος. Τοῦτο παρατηρεῖται μόνον κατόπιν παρεντερικῆς χορηγήσεως ἀλάτων σιδήρου.

Ἐλεύθερος σίδηρος ἐν τῷ αἵματι δὲν κυκλοφορεῖ. Ὁ πλάσμα-τικός Fe διὰ τῆς κυκλοφορίας φέρεται εἰς τὰ διάφορα ὄργανα, ἔνθα λαμβάνει μέρος εἰς ὀξειδοαναγωγικὰς ἀντιδράσεις, μετὰ τὴν διέλευσιν καὶ παροδικὴν παραμονὴν του ἐν τῷ μεσοκυτταρίῳ χώρῳ.

Μέρος τούτου χρησιμοποιεῖται διὰ τὸν σχηματισμὸν τῆς αἰμοσφαιρίνης, τῶν σιδηρούχων ἐνζύμων, τῆς μυοξυμοσφαιρίνης. Τὸ μεγαλύτερον μέρος ἀποθηκεύεται ὑπὸ μορφήν φερριτίνης τῶν ἱσθῶν (Fe^{+++}). Ὁ σίδηρος οὗτος εὐρίσκεται ἐναποθηκευμένος κυρίως εἰς τὸ ἥπαρ, σπλῆνα καὶ νεφρούς, ἀλλὰ καὶ εἰς ἄλλα ὄργανα, ὅπως τὴν καρδίαν, τοὺς πνεύμονας, ἀδέννας κλπ., ἀποτελεῖ δὲ τὰς εἰς σίδηρον ἐφεδρείας τοῦ ὀργανισμοῦ. Ἐπὶ πάσης καταστάσεως ἐλλείψεως σιδήρου καὶ ἐφ' ὅσον ἀπαιτήσουν τοῦτο αἱ ἀνάγκαι τοῦ ὀργανισμοῦ, τὰ ἀποθέματα ταῦτα Fe καλοῦνται πρὸς κάλυψίν των. Ἡ ἐν λόγῳ προσφορὰ ἐνεργεῖται ὡσαύτως μέσῳ τοῦ πλάσματος (Fe^{+++}). Ἐξ οὗ καὶ ἡ μεγάλη ἀξία τοῦ πλάσματικοῦ σιδήρου.

Ἄν καὶ μέχρι σήμερον δὲν ἔχει πλήρως διευκρινηθῆ ὁ ρόλος τοῦ πλάσματικοῦ σιδήρου, ἐν τῇ πράξει ἡ γνῶσις τούτου κέκτηται σημαντικὴν ἀξίαν, κυρίως διὰ τὴν διάγνωσιν τῶν σιδηροπενικῶν ἀναιμιῶν, εἰς τὰς ὁποίας παρατηρεῖται σημαντικὴ ἐλάττωσις τούτου.

Αἱ φυσιολογικαὶ τιμαὶ τοῦ σιδήρου πλάσματος ἢ τοῦ ὁροῦ κυμαίνονται, ἐπὶ φυσιολογικῶν ἀνδρῶν, μεταξὺ 110—160 γ% (μέθοδος Ramsay) καὶ κατὰ 10—20 γ ὀλιγώτερον ἐπὶ φυσιολογικῶν γυναικῶν.

Τὰ πλεῖστα τῶν ἀναφερθέντων σημείων διευκρινήθησαν χάρις εἰς τὴν χρησιμοποίησιν τοῦ ραδιενεργοῦ σιδήρου (κυρίως τοῦ Fe^{59}_{26} τοῦ ὁποίου ὁ χρόνος ἡμισείας ζωῆς εἶναι 47 ἡμέραι).

Πολλὰ εἰσέτι σημεία ἔχουν μελετηθῆ ἐπὶ φυσιολογικῶν ὡς καὶ

παθολογικῶν καταστάσεων, ὅπως ὁ τρόπος χρησιμοποιήσεως τοῦ προσφερομένου σιδήρου, ὁ σχηματισμὸς τῆς αἰμοσφαιρίνης, ἡ ταχύτης ἀνανεώσεως τοῦ πλασματικοῦ σιδήρου, ἢ ἐκ τῶν ἀποθηκῶν κινητοποιήσις του, ἢ διάρκεια ζωῆς τῶν ἐρυθρῶν καὶ ὁ καθορισμὸς τῆς ἡλικίας τούτων. Ἡ ἀνάπτυξις ὅλων αὐτῶν δὲν εἶναι, φυσικά, δυνατὴ ἐνταῦθα. Αἱ διὰ τοῦ ραδιενεργοῦ σιδήρου ὁμοῦς ἔρευναι θὰ διευκρινήσουν ἀναμφισβητήτως πολλὰ ἐκ τῶν σημερινῶν προβλημάτων, ἐπὶ τῶν ὁποίων αἱ γνώσεις μας εἶναι εἰσέτι ἀτελεῖς.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΩΝ

Εἰσβολή: ἐξαιρετικῶς βραδεῖα. Ἐπὶ μῆνας, ἐπὶ ἔτη, οἱ ἄρρωστοὶ οὔτοι δὲν προσέρχονται πρὸς ἐξέτασιν. Ἡ ὄψις των εἶναι ὠχρά, σχεδὸν ἰκτερική, ἄνευ ὁμοῦς προσβολῆς τῶν ἐπιπεφυκότων, καὶ δὲν παρουσιάζουν τὴν ὠχρότητα τῆς ἀναιμίας τύπου Biermer. Δυσπνοϊκοί, κοπιᾶζουν εὐκόλως, ἀποφεύγουν κοινωνικὰς σχέσεις καὶ καθίστανται μελαγχολικοί.

Ἡ ὄρεξις ἐνίστε διατηρεῖται μὲ μετρίαν ἀπίσχανσιν. Αἰσθάνονται ὁμοῦς ἀποστροφὴν πρὸς τὸ κρέας καὶ τὰ χόρτα

Περίοδος ἀκμῆς: Κατὰ ταύτην κυρίως ἐκδηλοῦνται αἱ διάφοροι χαρακτηριστικαὶ ἀλλοιώσεις τοῦ δέρματος, τῶν βλεννογόνων καὶ τῶν ὀνύχων.

— Τὸ δῆρμα εἶναι ὠχρόν, ἄνευ μελανοδερμίας, μὲ ἐνίστε πρασίνην ἀπόχρωσιν. Σπανίως θὰ παρατηρήσωμεν μίαν χρωστικὴν ἐπὶ τῶν φαλάγγων τῶν δακτύλων. Τὸ δῆρμα ἔχει ἀπολέσει τὴν ἐλαστικότητά του, εἶναι ξηρόν, ἔχει ἀπολέπισιν, παρουσιάζει δὲ τοπικῶς ξηρότητα, ἰδίως παρὰ τοὺς ἀγκῶνας καὶ τὰς κνήμας. Οἱ δάκτυλοι εἶναι ἐνίστε κυανωτικοί, παρατηροῦνται δὲ ἐπὶ τούτων ραγάδες καὶ ρωγμαί. Αἱ τρίχες τῆς κεφαλῆς εἶναι ἐπίσης ξηραί, θραύονται εὐκόλως, ἀποπίπτουν καὶ ἔχομεν οὔτω πρῶϊμον φαλακρότητα.

— Οἱ ὀνύχες παρουσιάζουν ἰδίως χαρακτηριστικὰς ἀλλοιώσεις, αἵτινες ὁμοῦς δὲν παρατηροῦνται παρὰ εἰς τὰς βαρεῖας περιπτώσεις σιδηροπενικῆς δυσφαγίας. Οὔτοι θραύονται εὐκόλως, παρουσιάζουν γραμμώσεις. Ἡ φυσιολογικὴ κυρτότης των ἐξαφανίζεται καὶ ἀποπλατύνονται, εἰς τινὰς δὲ περιπτώσεις ἀναστρέφονται, ὥστε νὰ καταστοῦν κοῖλοι. Ἐχομεν οὔτω τὴν κοιλωνυχίαν, κατὰ τὴν ὁποίαν δύναται νὰ συγκρατηθῇ ἐπὶ τοῦ ὀνυχος μία σταγὼν ὕδατος (spoon nails τῶν Ἀγγλοσαξῶνων). Ἡ παραμόρφωσις αὕτη παρατηρεῖται κυρίως ἐπὶ τοῦ δεικτοῦ καὶ μέσου δακτύλου, σπανιώτατα ἐπὶ τοῦ 4ου καὶ 5ου. Δυνατὸν νὰ παραμορφωθοῦν οἱ ὀνύχες τῆς

μιᾶς μόνον χειρός καὶ ἀνίσως. Εἰς λίαν προκεχωρημένας περιπτώσεις ἢ καμπύλωσις αὕτη εἶναι τόσον ἐκσεσημασμένη, ὥστε νὰ σχηματίζῃ τὸν λεγόμενον πεταλοειδῆ ὄνυχα.

Ἐκτὸς τῶν ὡς ἄνω ἀλλοιώσεων, ἔχουν περιγραφῆ ἐπιμήκεις γραμμώσεις, ἐγκάρσιοι διογκώσεις, ἀλλοιώσεις χροιάς, ὄνυχες λευκοὶ κλπ., μαλθακοί, μὲ τάσιν πρὸς τὴν ἀτροφίαν. Τὸ περί τοῦς ὄνυχας δέρμα παραμένει φυσιολογικόν.

— Τὰ χεῖλη, λεπτά, συσφιγμένα, στερούμενα ἐλαστικότητος, μὲ παρυφὴν ἐντόνως ἐρυθράν, ἀλλὰ ὠχρὸν καὶ κοκκιώδη



Εἰκὼν 6. Τυπικὴ περίπτωση κοιλωνυχίας.
(in Rapport Fr. Moutier).

τὸν ὑπόλοιπον βλεννογόνον, καλύπτονται συχνὰ ὑπὸ ἐφελκίδων. Αἱ γωνίαι ἐμφανίζουν ραγάδας καὶ ὑγρὰς ρωγμάς.

— Ἡ γλῶσσα παρουσιάζει ἐπίσης χαρακτηριστικὰς ἀλλοιώσεις εἰς τὰς ἡμισείας σχεδὸν τῶν περιπτώσεων. Εἶναι λεία καὶ ἐπίχριστος, μὲ διαφόρου βαθμοῦ ἀτροφίαν τῶν θηλῶν, δυναμένη νὰ ἐξελιχθῆ μέχρι τῆς τυπικῆς ἀλλοιώσεως τῆς γλώσσης τοῦ Hunter, τὴν ὁποίαν συναντῶμεν εἰς τὴν ὑπέρχρωμον μεγαλοβλαστικὴν ἀναιμίαν. Ἄλλοτε ἡ γλῶσσα εἶναι λεία καὶ ξηρά, ἄλλοτε λευκοκιτρίνη, κηρώδης ἢ μετὰ ραγάδων ποικίλης ἐκτάσεως καὶ βάθους, ἐπὶ τῆς ὁποίας διακρίνονται αἱ προέχουσαι καὶ ἐρυθρὰς χροιάς θηλαί. Εἰς

στερνικῶς, ἀκόμη καὶ παρὰ τὸ ἐπιγάστριον, ἀντανακλᾶται δὲ ἐνίοτε πρὸς τὴν κάτω σιαγόνα.

Ἡ δυσφαγία αὕτη δὲν εἶναι μόνιμος. Προοδευτικῆ, ἐμφανίζει περιόδους μακράς, ἀκόμη καὶ ἐτῶν, μὲ φυσιολογικὴν κατάποσιν, ὁπότε ἐν συνεχείᾳ ἐπανεμφανίζεται ἐπιδεινουμενὴ. Τὴν δυσφαγίαν ταύτην ἐπιδεινώνουν ὠρισμέναι καταστάσεις, ὅπως ἡ ἐμμηνος ρῖσις κλπ., ἐνῶ ἀντιθέτως βελτιοῦται καθ' ὠρισμένας ἐποχὰς τοῦ ἔτους.

Ἴνα καταπολεμήσουν τὴν δυσφαγίαν ταύτην, οἱ ἄρρωστοὶ περιορίζουν τὰς στερεὰς τροφὰς, ἰδίως τὸ κρέας, τὰς ὁποίας τεμαχίζουν εἰς μικροὺς βλωμούς. Ἡ μάσησις εἶναι βραδεῖα, ἐπιμελής, ὑποβοηθεῖ δὲ ὁ ἄρρωστος τὴν κατάποσιν μὲ τὴν συνεχῆ λήψιν ὕδατος. Δεδομένου ὅτι αἱ συγκινήσεις, ἡ παρουσία καὶ ἄλλων ἀτόμων τὸν ἐπηρεάζουν καὶ ἐπιδεινώνουν τὴν δυσφαγίαν, ἀπομονοῦται καὶ λαμβάνει κατὰ μόνας τὰ γεύματά του. Ἐνίοτε ὁ βλωμὸς, ἐνῶ δίδει τὴν ἐντύπωσιν ὅτι κατῆλθεν, ἀποβάλλεται δι' ἀναγωγῆς συγχρόνως μετὰ τοῦ καταποθέντος ὕδατος. Τοῦτο παρατηρεῖται ἰδιαιτέρως καὶ περισσότερο κατὰ τὸ δεῖπνον, ὁπότε λόγῳ τῆς ἡμερησίας κοπώσεως ἡ δυσφαγία ἔχει ἐπιδεινωθῆ.

Παρὰ τὴν δυσφαγίαν ταύτην, οἱ ἄρρωστοὶ, λόγῳ ἐθισμού, τὴν θεωροῦν ὡς χαρακτηριστικὸν φαινόμενον τῆς ἰδιοσυστασίας τῶν καὶ ὡς ἐκ τούτου σπανίως προσέρχονται πρὸς ἐξέτασιν.

Ἡ δυσφαγία αὕτη εἶχεν ἀποδοθῆ παλαιότερον εἰς τὴν ὕστερίαν. Ἐν συνεχείᾳ ὑπεστηρίχθησαν πλεῖστα ἄλλα αἷτια, ὅπως διαταραχαὶ ἐκκρίσεως, ἤτοι ἐλλειψις τῆς ἀπαιτουμένης βλέννης ἵνα ὁ οἰσοφάγος καθίσταται γλοιώδης, κινητικαὶ διαταραχαὶ, ἤτοι ἀτονία, πάρεσις φαρυγγική, σπασμὸς, δυσκινησία, ἀκόμη καὶ ἀχαλασία καὶ τέλος παθολογο—ανατομικαὶ ἀλλοιώσεις, ὅπως ἐπιπολῆς ἐξέλκωσις τοῦ φάρυγγος καὶ τῆς ἄνω μοίρας τοῦ βλεννογόνου τοῦ οἰσοφάγου, λευκοπλακία, σχηματισμὸς ὀπισθοκρικοειδοῦς μεμβράνης τοῦ οἰσοφάγου ἢ ἀκόμη ἀνάπτυξις κακοήθους ὄγκου τοῦ ὑποφάρυγγος ἢ τοῦ στομίου τοῦ Killian.

Ἄναιμία. Ἀπὸ ἐτῶν οἱ ἄρρωστοὶ οὗτοι παραπονοῦνται διὰ κόπωσιν καὶ ἀναιμίαν, ἣτις δυνατὸν νὰ παρατηρηθῆ ἀπὸ τῆς ἐφηβικῆς ἡλικίας. Ἡ ἀναιμία αὕτη, κλινικῶς, δὲν διαχωρίζεται ἄλλων ταιούτων, μὲ τὰ κοινὰ συμπτώματα τῆς ὠχρότητος καὶ δυσπνολας κατόπιν κοπώσεως. Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον πρόκειται περὶ ὑποχρωμοῦ ἀνισομικροκυτταρικήσ ἀναιμίας. Ὁ ἀριθμὸς τῶν ἐρυθρῶν αἰμοσφαιρίων κυμαίνεται μετὰξὺ 2.500.000 καὶ 3.000.000, ὁ δὲ αἰμοσφαιρινικὸς δείκτης μετὰξὺ 0,40—0,60. Ἡ διάμετρος τῶν ἐρυθρῶν

είναι 6 μ 74—7 μ 30, ὁ δὲ μέσος ὄγκος μ²52—μ²74 (φυσιολογ. 92).

Ἔχουν ὅμως δημοσιευθῆ καὶ περιπτώσεις σ. Kelly—Paterson μὲ ἰσόχρωμον ἀναιμίαν (0,90—1,20). Κατὰ τὸν Lebon, ὅμως, μία ὑπέρχρωμος ἀναιμία δύναται οὐσιαστικῶς νὰ εἶναι ὑπόχρωμος.

Παρατηρεῖται ἐπίσης σημαντικὴ λευκοκυττάρωσις. Ἡ καθιλευκά, ἀκοκκιοκυττάρωσις καὶ σχετικὴ λεμφοκυττάρωσις (3—4000 ζῆσις εἶναι συνήθως φυσιολογικὴ, ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον δὲ καὶ τὸ μυελόγραμμα.

Σιδηροπενία. Μὲ τὸ θέμα τοῦτο ἡσχολήθημεν ἤδη εἰς τὸ κεφάλαιον περὶ παθογονίας (σ. 59). Ὑπενθυμίζομεν ἀπλῶς, ὅτι παρατηρήθησαν καὶ περιπτώσεις τοιοῦτου συνδρόμου ἄνευ ἀναιμίας, αἵτινες ὅμως ἐβελτιώθησαν ταχέως κατόπιν χορηγήσεως σιδήρου. Ἐξ οὗ καὶ ἡ ἀνάγκη προσδιορισμοῦ τοῦ πλασματικοῦ σιδήρου, ὅστις καὶ μόνον θὰ μᾶς δώσῃ τὴν σαφῆ εἰκόνα τῆς σιδηροπενίας, ἥτις ἐνίοτε ἐμφανίζεται καὶ ἐποχιακῶς.

Ἀπὸ ἀπόψεως γαστρικοῦ χημιζμοῦ σημειοῦμεν, ὅτι ἡ ἀχλωρυδρία εἶναι συχνή, οὐχὶ ὅμως καὶ σταθερά, ὑπάρχει ὅμως πάντοτε σημαντικὴ ὑποχλωρυδρία, ἥτις —ἐν ἀντιθέσει πρὸς ὅ,τι παρατηρεῖται κατὰ τὴν ἀναιμίαν τύπου Biermer— διορθοῦται κατόπιν τῆς χορηγήσεως σιδήρου.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΙΣ

Λόγω τῆς δυσφαγίας καὶ μὲ τὴν ὑπόνοιαν τοῦ καρκίνου κυρίως, οἱ ἄρρωστοι παραπέμπονται πρὸς ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν. Καὶ ἐφ' ὅσον ἀποκλείεται οὗτος, τότε μόνον στρέφεται ἡ προσοχὴ πρὸς τὸ σύνδρομον Kelly—Paterson.

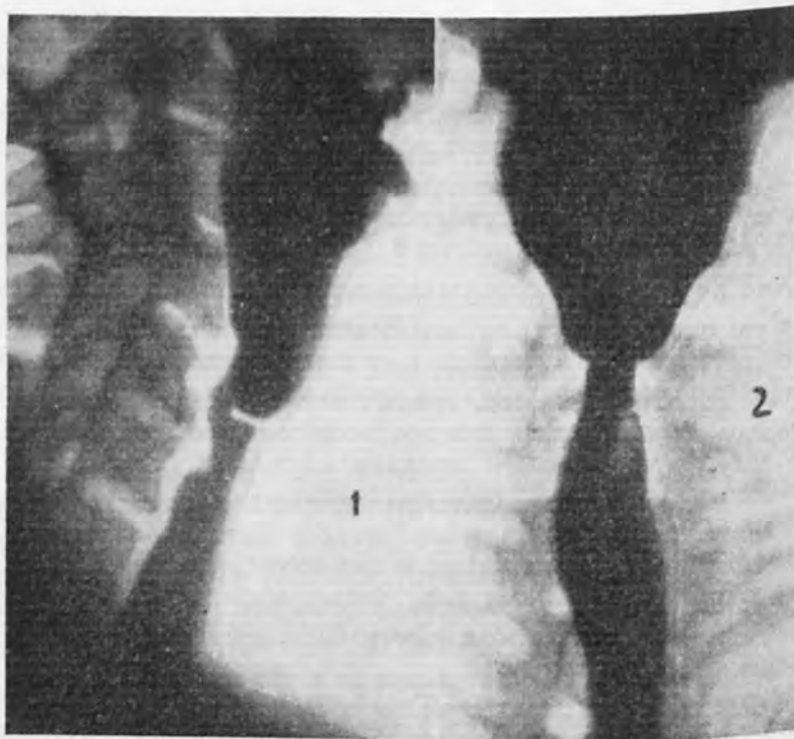
Ἡ ἀκτινολογικὴ μελέτη τοῦ συνδρόμου Kelly—Paterson προώδευσε χάρις εἰς τὰς ἐργασίας τῆς Σουηδικῆς Σχολῆς, ἀντιπροσωπευομένης κυρίως ὑπὸ τῶν Waldenström καὶ Kjellberg, οἵτινες καὶ ἐβελτίωσαν καὶ ἐτελειοποίησαν τεχνικὴν ἐπιτρέπουσαν τὴν ἀπεικόνισιν τῶν παθολογικῶν μεμβρανῶν τοῦ οἰσοφάγου, τῶν παρατηρουμένων κατὰ τὸ σύνδρομον τοῦτο.

Πράγματι, ἡ τεχνικὴ εἶναι λιαν δυσχερής. Ὁ ἄρρωστος δέον νὰ λάβῃ ἐξαιρετικῶς εὐμεγέθεις βλωμοὺς βαριούχου πόλτου, οὕτως ὥστε νὰ ἐπιτευχθῆ ἡ μεγίστη δυνατὴ διάτασις τοῦ ὑποφάρυγγος. Ἐξ ἄλλου αἱ ἀλλεπάλληλοι ἀκτινογραφίαι δέον νὰ ληφθοῦν ταχύτατα καὶ εἰς διάστημα 2"—4" ἢ μίᾳ τῆς ἄλλης, καθ' ὃν χρόνον ἐκτελεῖται ἡ κατάποσις. Μολαταῦτα ἀποτυγχάνουν ἐνίοτε εἴτε διότι ὁ βαρ. πόλτος διερχεται ταχύτατα, εἴτε διότι παρατηρεῖται στάσις

παρά τὸ στόμιον τοῦ οἰσοφάγου μετὰ διατάσεως τοῦ ὑποφάρυγγος.

Πολλαί, μὴ εἰδικαί, ἀκτινολογικαί εἰκόνες περιεγράφησαν κατὰ τὸ σύνδρομον τοῦτο, ὅπως ἡ διάτασις τοῦ ὑποφάρυγγος, ἡ στάσις παρὰ τὸ στόμιον τοῦ Killian, λειτουργικαί διαταραχαί τοῦ οἰσοφάγου κ.ο.κ., ἐρμηνεύουσαι πάρεσιν ἢ τούναντιόν σπασμὸν.

Ἐν τῇ πραγματικότητι ὑπάρχει ἕν̄παθογνωμονικὸν καὶ χαρακτηριστικὸν ἀκτινολογικὸν σημεῖον: ἡ ἀπεικόνισις τῶν εἰδικῶν μεμ̄



Εἰκὼν 7.

Εἰκὼν 8.

Εἰκὼν 7. Σύνδρομον Kelly-Paterson. Πλαγία ἀκτινογραφία: περιορισμένη στένωσις μεταξύ δύο μεμβρανῶν.

Εἰκὼν 8. Ἡ αὐτὴ περίπτωση. Ἀκτινογραφία κατὰ μέτωπον: διακρίνονται αἱ δύο μεμβράναι αἱ περιορίζουσαι τὴν στένωσιν.
(in Moutier κ.λ.π.).

βρανῶν παρὰ τὸ φάρυγγοοισοφαγικὸν ὄριον, ὅς εἶχεν ἤδη περιγράψει ἀπὸ τοῦ 1919 ὁ Kelly, ὅστις καὶ ἐθεώρει ταύτας ὡς τὸ αἷτιον τῆς δυσκαταποσίας παρὰ τὸν ὑποφάρυγγα. Περιέγραφε δὲ ταύτας ὡς ἐκτεινομένας ἐκ τῶν πρόσω̄ πρὸς τὰ ὀπίσω.

Αί μεμβράναι αὔται, λίαν λεπταί, μονήρεις ἢ πολλαπλαῖ, προβάλλουν εἰς τὸ ἐπίπεδον τοῦ κρικοειδοῦς, σπανίως χαμηλότερον, μέχρι καὶ τοῦ ἀορτικοῦ τόξου.

Ἄκτινολογικῶς θὰ ἔχωμεν τὴν ἀποτύπωσιν τῶν μεμβρανῶν αὐτῶν ὑπὸ μορφήν λίαν λεπτῶν αὐλάκων ἢ ταινιοειδῶν διαυγάσεων, μήκους 6 χλστμ., δυναμένων νὰ περιβάλλουν δακτυλιοειδῶς τὸν οἰσοφάγον. Εἰς τὴν περίπτωσιν ταύτην διακρίνεται ἐπὶ τῆς ὀπισθίας ἐπιφανείας μία ἔντομή, πλαγίως δὲ δύο συμμετρικά ὀδοντώματα, τὸ ἐν ἐπὶ τοῦ προσθίου χείλους, τὸ ἕτερον ἐπὶ τοῦ ὀπισθίου. Σπανίως τὸ διάφραγμα τοῦτο θ' ἀποτυπωθῆ ὡς σαφῆς διαυγάζουσα αὐλαξ ἀποφράσσουσα τὸν ἄνω οἰσοφάγον. Ἐνίοτε παρετηρήθησαν ὀδοντώματα περισσότερα τοῦ ἑνός, τὸ ἐν ὑπερβεν τοῦ ἄλλου, ἐν εἶδει ὀδόντων πρίονος, παράλληλα καὶ πάντοτε μετὰ λοξὴν φοράν. Οἱ Waldenström καὶ Kjellberg περιέγραψαν, ἐπίσης, κάτωθεν τοῦ στομίου τοῦ Killian στενώσεις ἐν εἶδει προχειρίδος, παρουσίᾳ τῶν ὁποίων σκέπτεται τις τὸν καρκίνον.

Δέον ὅμως νὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν, ὅτι, φυσιολογικῶς, δυνατόν νὰ ὑπάρχη παρὰ τὸν κρικοειδῆ χόνδρον μία προσθία λεπτὴ εἰσοικὴ ὡς καὶ ὀπισθία, ὁραταὶ μόνον εἰς λοξὴν προβολήν. Ὅφειλονται δὲ αὗται εἰς βλεννογόσιον ἀναδίπλωσιν ἰσοῦσῶς ἢ ὑπερβεν τοῦ ὑποφαρυγγικο—οἰσοφαγικοῦ ὄριου. Ἡ ἔντομή αὕτη ἐμφανίζεται μόνον κατὰ τὴν κατάποσιν καὶ ἐρμηνεύεται ὡς ὀφειλομένη εἴτε εἰς ἀναδίπλωσιν τοῦ βλεννογόνου εἴτε εἰς σπασμόν. Γενικῶς θεωροῦνται ὡς φυσιολογικαὶ εἰκόνας: αἱ συμμετρικαὶ ἔντομαί, ἢ ἀποτύψεις τοῦ κρικοειδοῦς ἐπὶ τῆς προσθίας ἐπιφανείας τοῦ οἰσοφάγου καὶ ἡ εὐρεῖα ὀδόντωσις τῆς ὀπισθίας ἐπιφανείας, ὀφειλομένη εἰς τὴν δακτυλιοειδῆ σύσπασιν τοῦ κρικο—φαρυγγικοῦ μυός.

Οἰσοφαγοσκόπησις. Ἀπαιτεῖται μεγίστη προσοχὴ καὶ λεπτότης χειρισμῶν, διότι ἐν ἐναντίᾳ περιπτώσει αἱ μεμβράναι διασπῶνται καὶ δὲν γίνονται ἀντιληπταί.

Ὁ βλεννογόνος τοῦ φάρυγγος εἶναι εὐθρυπτος, ἐκλεπτυσμένος καὶ φλεγμαῖνων. Ἡ φλεγμονὴ αὕτη ἐπεκτείνεται καὶ πρὸς τὸν οἰσοφάγον, τοῦ ὁποῦ ὁ βλεννογόνος εἶναι ἀτροφικός, ὠχρός. Ἐνίοτε ὑπενθυμίζει τὴν λευκοπλακίαν. Ἄλλοτε ἀπαντᾶται αἰμορραγικὴ οἰσοφαγίτις. Οἱ σπασμοὶ ἐμποδίζουν τὴν προώθησιν τοῦ οἰσοφαγοσκοπίου μετὰ κίνδυνον ρήξεως. Ὅσάκις παρατηρηθοῦν αἱ μεμβράναι, αὗται εἶναι λεπταί, σχεδὸν διαφανεῖς. Ἡ ρήξις τῶν ἐπιφέρει συχνὰ βελτίωσιν τῆς δυσφαγίας.

Ἐξέλιξις. Ἐξαιρετικῶς βραδεῖα. Ἀπὸ τῆς ἐφηβικῆς ἤδη ἡλικίας

δυνατόν νά ἐμφανισθῆ ἡ δυσφαγία, μετὰ πολλὰ δέ ἔτη ἡ ὑπόχρωμος ἀναιμία. Ἡ ἐξέλιξις δέν εἶναι συνεχῆς, ἀλλά διακόπτεται, παρεμβάλλονται δέ οὕτω χρονικά διαστήματα μακρᾶς διαρκείας, κατὰ τὰ ὁποῖα παρατηρεῖται αὐτόματος βελτιώσις.

Οἱ ἄρρωστοὶ οὗτοι, λόγω τῆς δυσφαγίας, λόγω τῆς ἀναιμίας, λόγω τῆς κοπώσεως, ζοῦν ἀπομεμονωμένοι καὶ ἐνίοτε ἀποθνήσκουν ἐξ ἐπερχομένου καρκίνου τοῦ οἰσοφάγου. Οὐδέποτε ἡ ὑπόχρωμος αὕτη ἀναιμία ἐξελισσεται πρὸς τὴν ἀναιμίαν τύπου Biermer. Παρατηρεῖται ἐνίοτε οἴδημα τῶν σφυρῶν, μεγαλοσπληνία μετὰ συγχρόνου διογκώσεως τοῦ ἥπατος. Συναντᾶται ἐπίσης ἐξόφθαλμος βρογχοκῆλη.

ΚΛΙΝΙΚΑΙ ΜΟΡΦΑΙ

Ἡ πλήρης κλινικὴ εἰκὼν περιλαμβάνει ἅπαντα τὰ προηγουμένως περιγραφέντα σημεῖα: δυσφαγίαν, ἀναιμίαν, ἀλλοιώσεις τοῦ δέρματος, τοῦ βλεννογόνου, τῶν ὀνύχων κ.λ.π. Σπανίως ὁμοῦ θά ἀπαντήσωμεν πάντα ταῦτα συνυπάρχοντα.

Ἄπο ἀπόψεως ἐξελιξεως εἶδομεν ἐπίσης, ὅτι ὑπάρχουν μορφαὶ συνεχεῖς, ἐποχιακαὶ καὶ ἄλλαι παρουσιάζουσιν μακρὰ διαλείμματα στασιμότητος ἢ καὶ αὐτομάτου βελτιώσεως.

Δυνατόν ἐπίσης τὸ σύνδρομον τοῦτο νά εὑρεθῆ συνδεδεασμένον μετ' ἄλλων νόσων, ὅπως μετὰ σκληροδερμίας, ἥτις, ὡς γνωστόν, παρουσιάζει καὶ αὕτη ξηρότητα τοῦ βλεννογόνου τοῦ φάρυγγος, τοῦ στόματος, τῶν ἐπιπεφυκότων, μετ' ἀκαμψίας τοῦ προσώπου καὶ ξηρότητα τοῦ δέρματος. Ἐχει ἐπίσης ἀναφερθῆ συνδυσασμὸς τοῦ συνδρόμου τούτου μετὰ καρκίνου τοῦ ὑποφάρυγγος καὶ νόσου τοῦ Raynaud, ὅπως καὶ ἑτέρα συνδεδεασμένα μετὰ χρονίας ἐξελικτικῆς πολυαρθρίτιδος. Ἐπίσης με φαινόμενα ἐκ τοῦ νευρικοῦ συστήματος ὡς καὶ ἄλλων μεταναιμιῶν (αἰμωδία τῶν ἄκρων, σπαστικὴ παραπληγία κλπ.).

Ἡμεῖς ἔσχομεν μίαν σπανίαν ἀλλὰ τυπικὴν περίπτωσιν συνδρόμου Kelly — Paterson κατόπιν γαστρεκτομῆς δι' ἔλκος τοῦ βολβοῦ τοῦ 12δακτύλου. Ἴδου τὸ ἱστορικόν:

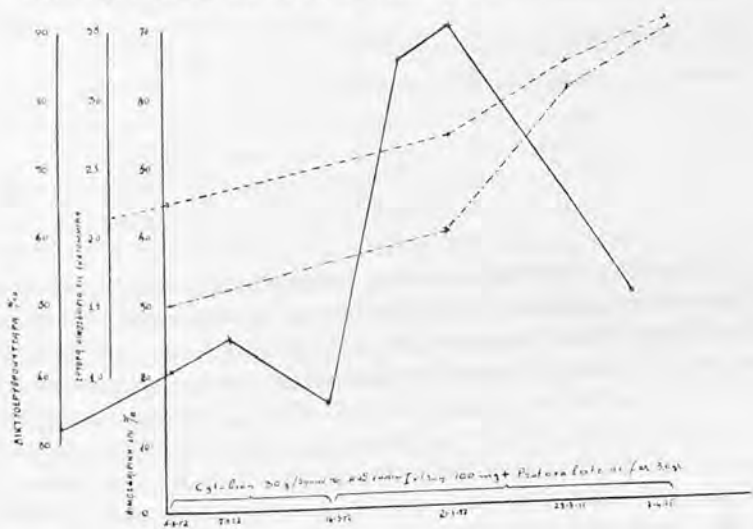
Ἄρρωστος Μ. Κ. 44 ἐτῶν. Τὸν Ἰανουάριον τοῦ 1950 γαστρεκτομή. Μετὰ δὲ μῆνον παραπονεῖται δι' αἰσθημα προΐουσης ἀδυναμίας, ταχείας κοπώσεως καὶ δι' ὠχρότητα τοῦ προσώπου. Μετὰ δύο περίπου ἔτη (Ὀκτ. 1951) ἀπὸ τῆς γαστρεκτομῆς ἡ κατάστασις του βαίνει ἐπὶ τὰ χεῖρα: μεγίστη ἀδυναμία, ἔντονος ὠχρότης καὶ δύσπνοια, φαινόμενα ἅτινα τὸν ἠνάγκασαν νά διακόψῃ τὴν ἐργασίαν του.

Συγχρόνως παραπονεῖται δι' αἰσθημα καύσου κατὰ τὴν γλῶσσαν,

κυρίως μετά λήψιν οξίνων (πορτοκάλια, λεμόνια) ως και κατά τὸ κάπνισμα ὥστε ἔπαυσε καπνίζων. Παρουσιάζει ἐπίσης δυσφαγίαν: αἱ τροφαὶ «σταματοῦν εἰς τὸν λαιμόν». Ὡς ἐκ τούτου ἀποφεύγει τὰς στερεὰς τροφάς, ἄς κατακόπτει εἰς μικρότατα τεμάχια. Ἀλλοιώσεις ἐκ τῶν δυνάων, τριχῶν καὶ δέρματος δὲν ἀναφέρει.

Κατὰ τὴν ἐξέτασιν προξενεῖ ἐντύπωσιν ἡ μεγάλη ὠχρότης τοῦ προσώπου ὡς καὶ οἱ λίαν ἀναιμικοὶ βλενογόνοι τῶν χειλέων καὶ ἐπιπεφυκότων. Ἡ γλῶσσα εἶναι λεία μετὰ μεγάλης ἀτροφίας τῶν θηλῶν. Ἐκ τῶν ἄλλων συστημάτων οὐδὲν τὸ παθολογικόν.

Κατὰ τὴν εἰσοδὸν τοῦ ἐν τῇ Β' Παθολογικῇ Κλινικῇ τοῦ Πανεπιστη-



Σχ. 2.

Σιδηροπενικὴ δυσφαγία κατόπιν γαστρεκτομῆς.

Οὐδεμία ἐπίδρασις κατόπιν θεραπείας διὰ βιτ. B₁₂. *Ἐντονος δικτυοερυθροκυτταρική κρίσις κατόπιν ἐνδοφλεβίου χορηγήσεως Fe.

μίου (43-52), ἐμφανίζει μεγάλην ἀδυναμίαν, ὥστε νὰ παραμένῃ διαρκῶς κλινήρης.

Ἐξέτασις αἵματος: ἔρ. αἰμοσφαίρια 2.250.000, Hb 30%. Ὁ καθετηριασμός τοῦ στομάχου ἀποβαίνει δις ἀρνητικός διὰ γαστρικὸν ὑγρόν. Ὁ ἄκτινολογικὸς ἔλεγχος τοῦ οἰσοφάγου ἐπίσης ἀποτυγχάνει λόγῳ τεχνικῶν δυσχερειῶν.

Πρὸ τῆς χορηγήσεως σιδήρου, χορηγοῦμεν δοκιμαστικῶς βιταμίνη B₁₂ (βλ. σχ. 2) 30γ. ἐπὶ ἡμέρον. Οὐδεμία βελτίωσις. Χορηγεῖται ἐν συνεχείᾳ ἐνδοφλεβίως σίδηρος, συγχρόνως δὲ καὶ ἀπὸ τοῦ στόματος. Μέτρησις τῶν δικτυοερυθροκυττάρων ἀνὰ τριήμερον. Τὴν 8ην ἡμέραν ἔντονος κρίσις (9%). Ἀπὸ τῆς πρώτης ἑβδομάδος σημειοῦται αἰσθητὴ βελτίωσις: ἡ ὄρεξις ἐπανῆλθεν, ἡ ὄψις εἶναι ὀλιγώτερον ὠχρά, δύναται ἤδη νὰ βαδίξῃ.

Τὴν 7-4-52, μετὰ ἓνα μῆνα, ἐξέρχεται τῆς Κλινικῆς μὲ πλήρη ἀποκατάστασιν τῆς ὑγείας του, ἦτοι ἐξαφάνισιν τῆς δυσφαγίας καὶ μεγίστην βελτίωσιν τῆς αιματολογικῆς εἰκόνας, ὡς ἐμφαίνεται καὶ ἐκ τοῦ κάτωθι πίνακος:

6-3-52		21-3-52	3-4-52
Ηβ	30 %, 4,5 γ.	40 %, 6 γ.	68 %, 10,2 γ.
Αἵματοκρίτης	19	26	36
*Ερ. αἱμ.	2.250.000	2.700.000	3.500.000
Λευκά	3.800	9.200	4.800
MCV	84 μ ³	93 μ ³	102 μ ³
MCH	19 γγ.	23 γγ.	29 γγ.
MCC	22 %	27 %	28 %

Ἐπιπλοκαί. Ἐπὶ σιδηροπενικῆς δυσφαγίας κυριαρχεῖ ὁ κίνδυνος τῆς ἐμφανίσεως καρκίνου τοῦ ὑποφάρυγγος, ἀλλὰ καὶ τῶν ἄλλων βλεννογόνων. Κατὰ τὸν Ahlbom εἰς τὰ 90% τῶν περιπτώσεων φαρυγγο—οισοφαγικοῦ καρκίνου προηγεῖται σιδηροπενικὴ δυσφαγία, ἐκ δὲ τῶν ἀρρώστων τούτων τὰ 80% εἶναι γυναῖκες. Οἱ Waldenström καὶ Kjellberg, ἐπὶ 26 περιπτώσεων συνδρόμου Kelly—Paterson, ἀνευρίσκουν 5 καρκίνους ἄνω οἰσοφάγου καὶ 3 τοῦ ὑποφάρυγγος. Ἡ ἐξαλλαγὴ αὕτη φαίνεται ὅτι ἐπέρχεται μετὰ δεκαετίαν περίπου ἀπὸ τῆς ἐνάρξεως τῆς σιδηροπενικῆς δυσφαγίας, ἦτοι μεταξὺ τῆς ἡλικίας 40—50 ἐτῶν, ἂν καὶ παρατηρήθησαν καρκίνοι τοῦ ὑποφάρυγγος καὶ εἰς ἡλικίαν 20—30 ἐτῶν. Ὑπενθυμίζομεν ἐπίσης τὰς σχέσεις μεταξὺ φύλου καὶ ἐντοπίσεως τοῦ καρκίνου παρὰ τὸν οἰσοφάγον. Οὕτως ὁ καρκίνος τοῦ μέσου καὶ κάτω τριτημορίου τοῦ οἰσοφάγου ἐμφανίζεται εἰς τὰ 5% τῶν γυναικῶν, ἐνῶ εἰς 8,τι ἀφορᾷ τὸν ἄνω οἰσοφάγον καὶ ὑποφάρυγγα τὸ γυναικεῖον φύλον προσβάλλεται εἰς ἀναλογίαν 80—90%.

Ὁ καρκίνος τοῦ ἄνω οἰσοφάγου ἔχει ταχυτέραν ἐξέλιξιν ἀπὸ τὴν τοῦ ὑποφάρυγγος, ἴσως διότι ὁ καρκίνος τοῦ στομίου τοῦ Killian δὲν εἶναι πρωτοπαθής, ἀλλὰ ὀφείλεται εἰς ἐπέκτασιν πρὸς τὸν ἄνω οἰσοφάγον χαμηλὰ ἐδραζομένου καὶ δυσκόλως διαπιστομένου καρκίνου τοῦ ὑποφάρυγγος. Ὅταν ἡ ἀρχικὴ ἔδρα εὐρίσκεται εἰς τὴν μέσην μοῖραν τοῦ ὑποφάρυγγος, αἱ κλινικαὶ ἐκδηλώσεις, πλὴν τῆς δυσφαγίας, εἶναι ἐλάχισται. Ὅσάκις ἐδράζεται ἰσοϋψῶς

πρός τὸν κρικοειδῆ χόνδρον, οἱ πόνοι εἶναι ἐντονώτεροι, μὲ αὐξοῦσαν δυσχέρειαν τῆς καταπόσεως καὶ παθογνομονικὴν ἀντανάκλασιν πρὸς τὸ οὖς, λόγω ἐρεθισμοῦ τοῦ γλωσσοφαρυγγικοῦ, μὲ σύγχρονον συσσώρευσιν βλέννης ἐντὸς τοῦ φάρυγγος. Ἡ διάγνωσις εἶναι λανθάνουσα δυσχερῆς καὶ χρήζει μεγίστης ὑπομονῆς καὶ πολλῶν βιοψιῶν.

Ἐκτὸς ὅμως τοῦ καρκίνου τοῦ ὑποφάρυγγος, ἔχουν σημειωθῆ τοιοῦτοι καὶ ὅπου αἱ ἀλλοιώσεις τῶν ἄλλων βλεννογόνων : χεῖλη, γλῶσσα, οὖλα, στόμα. Ἀλλὰ καὶ ἐπὶ τοῦ στομάχου παρατηρήθη κακοήθης νεοπλασία κατόπιν σιδηροπενικῆς δυσφαγίας, ὡς καὶ τοιαύτη τοῦ τραχήλου τῆς μήτρας.

Ἡ ὑπάρχουσα σχέσις μεταξὺ σιδηροπενικῆς δυσφαγίας καὶ καρκίνου ἀποδίδεται ὑπὸ τοῦ Ahlbom εἰς ἀτροφικὰς ἐξαλλαγὰς τοῦ βλεννογόνου, ἐξαρτωμένας ἐκ τῆς ἀναιμίας.

Ἡ ἐπέκτασις ὅμως τοῦ καρκίνου εἰς διάφορα ἐπιθήλια δίδει τὸ δικαίωμα νὰ σκεφθῆ τις, ὅτι δὲν πρόκειται περὶ νόσου ἐνὸς ὄργανου, ἥτις ἀντανανκλάται καὶ εἰς ἕτερα τοιαῦτα, οὔτε περὶ νόσου ἐνὸς ὄργανου ἢ ἐνὸς συστήματος, ἀλλὰ ὅτι πρόκειται περὶ γενικωτέρας διαταραχῆς. Τὸν μεγαλύτερον ρόλον παίζει ἀναμφισβητήτως ἡ σιδηροπενία. Ἡ μεγάλη ἔλλειψις πλασματικοῦ σιδήρου ὀδηγεῖ εἰς τὸ νὰ σκεφθῆ τις τὴν λειτουργικὴν ἀνεπάρκειαν τῶν κυτταρικῶν καταλυτῶν μεταφορέων τοῦ ὕδρογόνου ἀφ' ἐνός, ἐνεργοποιῶν τοῦ μοριακοῦ ὀξυγόνου ἀφ' ἑτέρου.

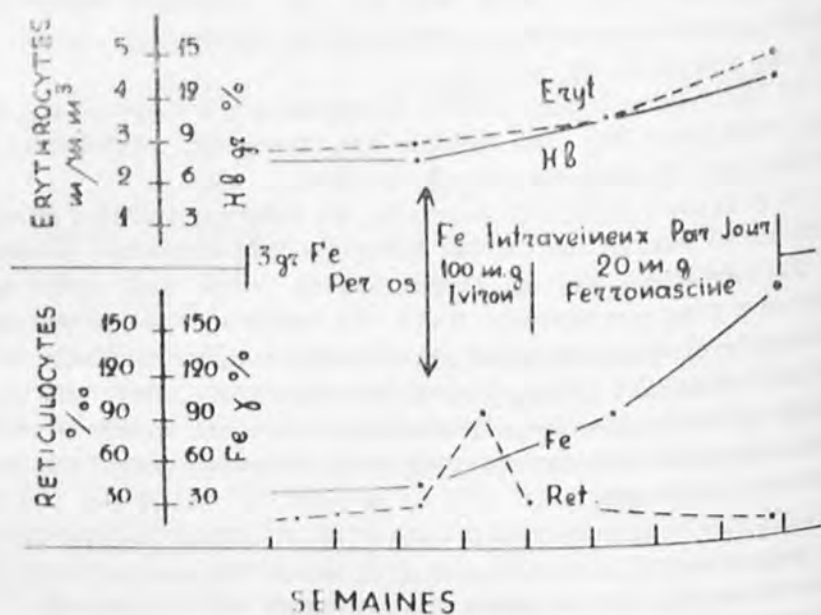
Κατὰ τὸν Vannotti, ὁ σίδηρος, ὑπὸ μορφήν κυτταρικῆς αἰμίνης, συμμετέχει εἰς τὴν σύστασιν τοῦ ἐνεργοποιῶν ὀξυγόνου. Συμμετέχει ἐπίσης εἰς πλείστας ὅσας ἄλλας λειτουργίας. Μία διαταραχὴ τῶν ἐνζυματικῶν ἀλύψιμων προκαλεῖ ἔλλειψιν ὀξυγόνου, μὲ ἀποτέλεσμα παρέκκλισιν τῶν ἐπιθηλιακῶν ἐπεξεργασιῶν. Ἐπέρχεται ἐπομένως —κατὰ τὸν Szenes— διαταραχὴ τῆς κυτταρικῆς ἀναπνοῆς, ὅποτε ὁ μεταβολισμὸς τῶν κυττάρων ἀκολουθεῖ ἀνώμαλον ἐξεργασίαν, ἱκανὴν τελικῶς νὰ δημιουργήσῃ παθολογικὴν ἀνάπτυξιν. Ἡ διάσπασις τῶν φυσιολογικῶν ρυθμῶν τῆς κυτταρικῆς παραγωγῆς δύναται οὕτω νὰ ὀδηγήσῃ εἰς μίαν προκαρκινικὴν κατάστασιν, ἐν συνεχείᾳ δὲ εἰς καρκίνον.

Παθολογικὴ ἀνατομική. Αἱ παθολογο—ἀνατομικαὶ ἀλλοιώσεις, μελετηθεῖσαι οἰσοφαγοσκοπικῶς, διὰ βιοψιῶν καὶ τινῶν σπανίων νεκροψιῶν, ἀφοροῦν ὄχι μόνον τὸν οἰσοφάγον, ἀλλὰ παρατηροῦνται καὶ κατὰ τὴν στοματικὴν κοιλότητα, τὸ ὄρθον, τὸν κόλπον, ἐκτείνονται δὲ ὄχι μόνον εἰς τοὺς βλεννογόνους, ἀλλὰ καὶ τοὺς ὑποβλεννογονίους ἰστούς.

Αὗται συνίστανται εἰς ἀτροφίαν τοῦ ἐπιθηλίου καὶ τοῦ ὑποκειμένου ἰστοῦ, εἰς λέπτυνσιν τοῦ βλεννογόνου καὶ ἀτροφικὰς ζώνας.

Ἐπίσης παρατηροῦνται ζῶναι λευκοπλακίας ἀρκετὰ ἐκτεταμένα. Εἰς ἄλλας περιπτώσεις παρατηρήθη ὑπερκερατινοποίησης τῶν ἐπιθηλίων μετ' ἀτροφικῆς ἐξαλλαγῆς. Διεπιστώθη ὡσαύτως εἰδικὴ ἀτροφικὴ ὀσσοφαγίτις.

Θεραπεία. Ἡ μόνη ἐνδεικνυομένη εἶναι ἡ χορήγησις σιδήρου, εἴτε per os εἴτε, προτιμότερον, διὰ τῆς ἐνδοφλεβίου ὁδοῦ. Οὐδεμίαν



Σχ. 3.

Καμπύλαι ἐμφαίνουσαι τὰς μεταβολὰς τῶν τιμῶν τῶν ἐρυθροκυττάρων, αἰμοσφαιρίνης, πλασματικοῦ σιδήρου καὶ δικτυοσερυθροκυττάρων τῶν κατόπιν χορηγήσεως σιδήρου per os ὅσον καὶ κατόπιν ἐνδοφλεβίου σιδηροθεραπείας. (Ἐκ τῆς ἀνακοινώσεως τοῦ Καθ. κ. Ἀ. Γούττα καὶ συνεργατῶν εἰς τὸ 5ον Εὐρωπαϊκὸν Συνέδριον Αἱματολογίας).

θέσιν ἔχει ἡ χορήγησις ἡπατικῶν ἐκχυλισμάτων ἢ βιταμίνης B₁₂ ὡς εἰδικῆς θεραπείας.

Εἰς τινὰς ὁμοίως περιπτώσεις, λόγῳ τῶν συνυπαρχουσῶν ἀβιταμινώσεων, ἐπιβάλλεται ἡ σύγχρονος χορήγησις διαφόρων βιταμινῶν, ἰδίως τῆς ὁμάδος Β, τῆς ριβοφλαβίνης, τοῦ νικοτινικοῦ ὀξέος, τοῦ ἀσκορβικοῦ ὀξέος κλπ.

Ἡ θεραπεία δέον νὰ εἶναι μακρᾶς διαρκείας, νὰ χορηγοῦνται δὲ συγχρόνως ἄφθονον κρέας, χόρτα, φρούτα.

Ὁ σίδηρος ἀπὸ τοῦ στόματος δύναται νὰ χορηγηθῆ ὡς ἑξῆς :

Protoxalate de fer — 0,50

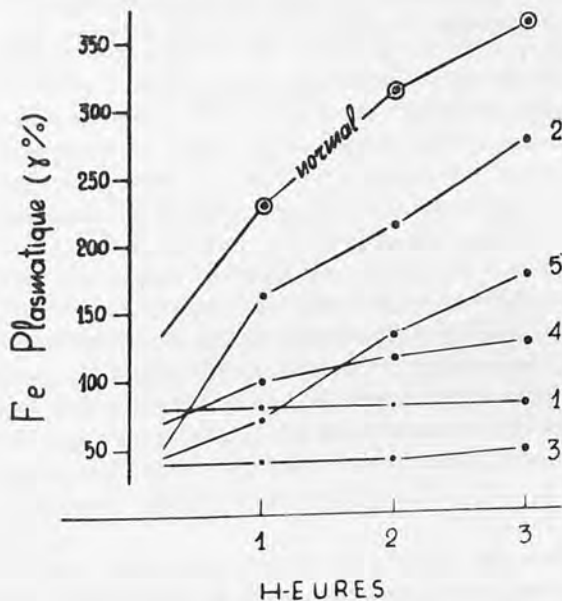
Papaine — 0,10

Acide ascorbique — 0,05

Pour un cachet

Χορηγοῦνται 4—10 ἡμερησίως.

Τὰ διὰ τῆς ἐνδοφλεβίου ὁδοῦ ἐπιτυχανόμενα ἀποτε-



Σχ. 4.

Καμπύλαι ἀπορροφήσεως σιδήρου κατόπιν χορηγήσεως 1 gr. Protoxalate de fer per os.

1) Καμπύλη φυσιολογικοῦ ἀτόμου (normal).

2) Καμπύλαι γαστρεκτομηθέντων καὶ ἐμφανιζόντων ἔντονον σιδηροπενικὴν ἀναιμίαν (1,2,3,4,5).

(Ἐκ τῆς ἀνακοινώσεως τοῦ Καθ. κ. Ἀ. Γούττα καὶ συνεργατῶν εἰς τὸ 5ον Εὐρωπαϊκὸν Συνέδριον Αἱματολογίας).

λέσματα εἶναι πλέον σταθερά. Μόνον ὠρισμένοι ἀνεπιθύμητοι παρενέργειαι ἐμποδίζουν ἐνίοτε —σπανιώτατα— τὴν χορήγησιν διὰ τῆς ὁδοῦ ταύτης.

Τοιαῦτα παρασκευάσματα εἶναι τὸ Iviron, εἰς φύσιγγας τῶν 100 χ.γ. Παρατηρήσαμεν ὁμῶς πολλὰκις ρίγος καὶ πυρετὸν κατόπιν

της ένέσεως ταύτης. Πολύ ὀλιγωτέρας παρενεργείας παρουσιάζει τὸ παρασκευάσμα Ferronascein, ἐκάστη φύσιγξ τοῦ ὁποίου περιέχει 20 χ.γ.

Δυνάμεθα, προοδευτικῶς, νὰ χορηγήσωμεν 1—4 φύσιγγας ἡμερησίως. Τὰ ἐπιτυγχανόμενα οὕτως ἀποτελέσματα εἶναι λίαν ἀξιωματικὰ, ὡς ἐμφαίνεται ἐξ ἄλλου καὶ εἰς τὴν ἀνωτέρω περιγραφῆσαν ἡμετέραν περίπτωσιν.

Προσφάτως χορηγεῖται ὁ Fe καὶ ἐνδομυϊκῶς (Imferon). Χορηγεῖται ἐπίσης συνδυασμὸς κοβαλτίου καὶ σιδήρου, διὰ τῆς ἐνδοφλεβίου ὁδοῦ.



ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ Δ'

ΤΟ ΔΥΣΕΝΤΕΡΙΚΟΝ ΣΥΝΔΡΟΜΟΝ

Ἐν τῇ Παθολογίᾳ, γενικῶς, ἔν σύμπτωμα δυνατόν νά εἶναι κοινόν διαφόρων νόσων. Χάρις ὅμως εἰς τὸ σύμπτωμα αὐτὸ πολλάκις δυνατόν νά ὀδηγηθῶμεν, ἂν ὄχι πρὸς τὴν διάγνωσιν αὐτῆς ταύτης τῆς νόσου, τούλάχιστον πρὸς μίαν ομάδα νόσων, περιοριζομένου τοιοιτοτρόπως σημαντικῶς τοῦ εὐρέος νοσολογικοῦ πλαισίου.

Ὁ συνδυασμὸς ὠρισμένου ἀριθμοῦ συμπτωμάτων ἀποτελεῖ τὸ κλινικὸν σύνδρομον. Ἡ διαπίστῳσις ἑνὸς τοιοῦτου συνδρόμου ἄλλοτε μὲν ὀδηγεῖ αὐτομάτως πρὸς τὴν τελικὴν διάγνωσιν—ὅπως εἰς τὴν περίπτωσιν τοῦ ἔλκωτικοῦ συνδρόμου—ἄλλοτε δὲ πρὸς μίαν ομάδα νόσων, ἐκδηλουμένων μὲ τὸ ὡς ἄνω σύνδρομον.

Οὕτω νόσος τις διαχωρίζεται ἄλλων νοσημάτων καὶ ἡ διάγνωσις τίθεται ὄχι μόνον εὐχερέστερον, ἀλλὰ καὶ πρωϊμώτερον, γεγονός ἐξαιρετικῆς σημασίας, ἰδίως ἀπὸ θεραπευτικῆς ἀπόψεως.

Τὸ κλινικὸν σύνδρομον, τὸ ὁποῖον θά μᾶς ἀπασχολήσῃ εἰς τὸ παρὸν κεφάλαιον, εἶναι τὸ *δυσεντερικὸν σύνδρομον* (Δ.Σ.).

Τὸ σύνδρομον τοῦτο παρατηρεῖται εἰς πολλάς παθήσεις τοῦ παχέος ἐντέρου, ἰδίως ὅμως εἰς ἐκεῖνας αἰτινες ἐντοπίζονται παρὰ τὸ τελικὸν τμῆμα, σιγμοειδές καὶ κυρίως ὄρθον. Ὑπάρχουν, πράγματι, συμπτώματα, τὰ ὁποῖα ὀμιλοῦν ἀφ' ἑαυτῶν, τὰ ὁποῖα ἐρμηνεύουν τὴν προσβολὴν τοῦ ὄρθου, τὰ ὁποῖα εἶναι, οὕτως εἰπεῖν, ἴδια συμπτώματα προσβολῆς τοῦ ὄρθου.

Εἰς πάντα ταῦτα τὰ νοσήματα μὲ ὀρθοσιγμοειδικὴν ἐντόπισιν θ' ἀνεύρωμεν σχεδὸν πάντοτε πανομοιότυπον τὴν κλινικὴν εἰκόνα τοῦ δυσεντερικοῦ συνδρόμου. Καὶ τοῦτο διότι τὸ Δ.Σ. δὲν ἐρμηνεύει μὲν τὴν φύσιν τῆς βλάβης, δὲν θέτει τὴν αἰτιολομικὴν διάγνωσιν, καθορίζει ὅμως τὴν ἔκτασιν, τὴν ἐπικράτησιν ἢ τὴν ἐντόπισιν τῆς παρὰ τὸ ἀριστερὸν κῶλον. Ὅσον δὲ χαμηλοτέρα ἢ ἐντόπισις, τόσον ἐντονωτέρα καὶ ἡ ἐκδήλωσις τοῦ συνδρόμου.

Αἱ ἀλλοιώσεις αὗται ἐρεθίζουν τὰς νευρικές ἴνας τοῦ ἐντέρου : αἰσθητήριους, κινητικὰς, ἐκκρίσεως. Διὰ τῶν συμπαθητικῶν γαγ-

γλίων έρεθίζονται τὰ κύτταρα τῶν προσθίων κεράτων τοῦ νωτιαίου μυελοῦ, μέ ἀποτέλεσμα τήν ἔκκρισιν βλέννης, τὰς αιμορραγίας, τοῦς σπασμούς, τὰς συσπάσεις τῶν κοιλιακῶν μυῶν, δηλαδή ἐκδηλώσεις τοῦ σύνολου τῶν ὁποίων ἀπαρτίζει τὸ Δ.Σ.

Ἡ διαπίστωσις, ἐπομένως, ἑνὸς δυσεντερικοῦ συνδρόμου, ἐάν δὲν θέτῃ τὴν αἰτιολογικὴν διάγνωσιν, προτρέπει ὅμως πρὸς τὴν περαιτέρω ἔρευναν. Ἡ ἔρευνα αὕτη δὲν θά περιορισθῇ εἰς μόνην τὴν κλινικὴν ἐξέτασιν, ἥτις συνήθως δὲν ἐπαρκεῖ διὰ τὴν τελικὴν διάγνωσιν. Θά συμπληρωθῇ ἀπὸ τὰς εἰδικὰς παρακλινικὰς ἐξετάσεις—κοπράνων, βιολογικὰς, ἀκτινολογικὰς—κυρίως ὅμως ἀπὸ δύο βασικὰς τοιαύτας: τὴν ὀσφυλικὴν ἐξέτασιν καὶ τὴν ὀρθοσκοπίαν.

Τρία κυρίως στοιχεῖα ἀπαρτίζουν τὴν κλινικὴν ἔκφρασιν τοῦ δυσεντερικοῦ συνδρόμου:

Τὸ αἶσθημα ψευδοῦς ἀφοδεύσεως, οἱ πόνοι, αἱ ἀνώμαλοι εἰς ἀριθμὸν καὶ χαρακτῆρας κενώσεις.

1. Τὸ αἶσθημα ψευδοῦς ἀφοδεύσεως εἶναι συνήθως τὸ πλέον πρῶτον σύμπτωμα. Συνίσταται εἰς μίαν αἴσθησιν πληρότητος τοῦ ὄρθου, τὴν ὁποίαν δὲν ἀνακουφίζει μία ἐλαχίστης ποσότητος ἀποβολὴ κοπράνων, βλέννης ἢ ἀπλῶς καὶ ἀερίων. Τὸ αἶσθημα αὐτὸ ἀφοδεύσεως εἶναι ἐπίμονον, ἐπιτακτικόν, σχεδὸν συνεχῶς ἐπαναλαμβανόμενον, βασανιστικόν διὰ τὸν ἄρρωστον. Ἡ δὴθεν διάρροια αὕτη, λόγω τῆς μεγάλης συχνότητος τῶν κενώσεων, εἶναι οὐσιαστικῶς δυσκοιλιότης.

2. Οἱ πόνοι διακρίνονται εἰς τεινεσμὸν καὶ κωλικούς. Δὲν πρέπει νὰ συγχέωνται μέ τὸ αἶσθημα τῆς ψευδοῦς ἀφοδεύσεως, τὸ ὁποῖον συνοδεύουν. α) Ὁ τεινεσμὸς εἶναι λίαν ἐπώδυνος σπασμὸς τοῦ σφιγκτήρος τοῦ πρωκτοῦ, ἀντανακλώμενος πρὸς τὴν κύστιν, τὰ γεννητικὰ ὄργανα, τὸ περίνεον, ἐπιδεινούμενος ὑπὸ τοῦ αἰσθήματος ψευδοῦς ἀφοδεύσεως, μέ ἐντύπωσιν διατάσεως τοῦ ὄρθου ἢ ξένου σώματος ἐντὸς τούτου. β) Οἱ κωλικοὶ χαρακτηρίζονται ἀπὸ πόνους κατὰ μῆκος τοῦ ἀριστεροῦ κώλου, τοῦ ὄρθο-σιγμοειδοῦς, οἵτινες δὲν καταλήγουν εἰς κένωσιν ἢ μόνον εἰς ἐλαχίστης ποσότητος τοιαύτην, ἥτις ὅμως δὲν ἀνακουφίζει τὸν ἄρρωστον. Οἱ παροξυσμοὶ οὗτοι ἐπαναλαμβάνονται πολλάκις τῆς ἡμέρας, ἀναλόγως τῆς ἐπεκτάσεως καὶ σοβαρότητος τῶν ἀλλοιώσεων, δυνάμενοι νὰ ἐπεκταθοῦν πρὸς ὀλόκληρον τὸ κῶλον, τὸ ὁποῖον, καὶ μεταξὺ δύο παροξυσμῶν, παραμένει ἐπώδυνον. Τὰ συμπτώ-

ματα ταῦτα δημιουργοῦν εἰς τὸν ἄρρωστον καὶ διατηροῦν μίαν κατάστασιν ἄγχους, φόβου, ἐκνευρισμοῦ καὶ ἀϋπνίας.

3. Αἱ ἀνώμαλοι κενώσεις εἶναι σύμπτωμα πλέον σαφές, οὐχὶ ὁμως καὶ λίαν πρῶϊμον.

α) Ὁ ἀριθμὸς τῶν ποικίλλει εἰς τὸ 24ωρον. Εἰς τὰς ἡπίας μορφὰς φθάνει τὰς 10—12 ἡμερησίως, εἰς τὰς σοβαρωτέρας δύναται νὰ ὑπερβῇ τὰς 50 ἢ 100, ὅποτε ὁ ἄρρωστος ἔχει τὸ συναίσθημα τῆς συνεχοῦς ἐπωδύνου ἀφοδεύσεως.

β) Ἡ σύστασις τῶν κοπράνων εἶναι χαρακτηριστικὴ, εἰς τὸ τέλος ἐκάστου παροξυσμοῦ ἡ κένωσις ἀποτελεῖται κυρίως ἀπὸ βλένναν ἀνάμικτον μὲ αἷμα, πύον ἢ τεμάχια βλεννογόνου ἐντὸς ὀρόδους ὑγροῦ. Ἡ σύστασις τῆς κενώσεως ταύτης ὁμοιάζει μὲ λεύκωμα φῶφ ἢ μὲ τὸ κλασσικὸν πτύελον τῆς πνευμονίας. Ἡ ἐκάστοτε ποσότης τῆς εἶναι ἐλάχιστη, ὡς ἐν πτύελον, γενικῶς δὲ δὲν περιέχει κόπρανα ἢ, ἐνίοτε, ἐλάχιστα τοιαῦτα.

*
**

Ὁ συνδυασμὸς τῶν τριῶν αὐτῶν συμπτωμάτων — αἰσθήματος ψευδοῦς ἀφοδεύσεως, πόνων καὶ ἀνωμάτων κενώσεων — χαρακτηρίζει τὸ δυσεντερικὸν σύνδρομον, ἐντοπίζει τὴν νόσον πρὸς τὸ κατώτερον τμῆμα τοῦ κώλου, ἐπιβάλλει τὴν ἐκεῖ τοπικὴν ἔρευναν, δὲν προσδιορίζει ὁμως οὔτε τὴν φύσιν τῆς νόσου οὔτε τὴν ἔκτασιν τῆς οὔτε τὴν σοβαρότητά της. Ἡ ἔντασις τοῦ Δ.Σ. ἐξαρτᾶται ἀπὸ τὸν βαθμὸν προσβολῆς καί, ἐν τοιαύτῃ περιπτώσει, θὰ διακρίνωμεν μορφὰς προσβολῆς καί, ἐν τοιαύτῃ περιπτώσει, θὰ διακρίνωμεν μορφὰς ὀξείας, ὑποξείας, χρονίας, ὑποτροπιαζούσας, ἀλλὰ καὶ θανατηφόρους.

Ἐπάρχουν ὁμως καὶ λανθάνουσαι μορφαί, ἐκδηλούμεναι εἰς προκεχωρημένον πλέον στάδιον τῆς νόσου. Τοῦτο ἀληθεύει κυρίως προκειμένου περὶ τοῦ καρκίνου τοῦ ὄρθου.

Ἐπάρχουν ἐπίσης καὶ αἱ λίαν ἀβληχραὶ μορφαί, κατὰ τὰς ὁποίας τὸ Δ.Σ. ἀποκρύπτεται ἐν τῷ μέσῳ ἄλλων ἐντερικῶν διαταρᾶν, ἀθῶν ἐκ πρώτης ὄψεως. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς θὰ ἐρευνήσωμεν τὰ αἷτια μιᾶς ἀνεξηγήτου διαρροίας, μιᾶς αἰφνιδίως ἐγκατασταθείσης δυσκοιλιότητος, μίαν ἐλαφρὰν μορφήν αἰσθήματος ψευδοῦς ἀφοδεύσεως ἢ ἀρχομένης διαταραχῆς τῶν κενώσεων. Εἰς ὅλας αὐτὰς τὰς περιπτώσεις δύο ἐξετάσεις ἐπιβάλλονται ἀμέσως : ἡ δακτυλικὴ ἐξέτασις καὶ ἡ ὀρθοσκόπησις.

Ἡ δακτυλικὴ ἐξέτασις περιέργως, ἂν καὶ τόσον εὐκολος, δύναμένη νὰ ἐκτελεσθῇ ἀπὸ οἰονδήποτε ἰατρὸν, δίδουσα δὲ πολυτιμο-

τάτας πληροφoρίας διά τήν διάγνωσιν, εἶναι ἡ μόνη ἣτις συστηματικῶς παραμελεῖται. Καί ὅμως πολλάκις ἀξίζει περισσότερο καί ἀπό αὐτήν ταύτην τήν ὀρθοσκόπησιν. Πράγματι, μέ τήν δακτυλικήν ἐξέτασιν ἀναγνωρίζομεν καλλίτερον καί ἀπό τήν ὀρθοσκόπησιν ἕνα ὄγκον ἢ μίαν διήθησιν τοιχωματικῆν. Ἀντιλαμβανόμεθα σαφέστερον τήν σύστασιν, τήν σκληρίαν ἐνός ὄγκου, τήν ἐπέκτασίν του πρὸς τοὺς ἰστούς ἢ καί τὰ παρακείμενα ὄργανα, τήν κινητικότητά του, τήν φύσιν μιᾶς στενώσεως. Ἀναγνωρίζομεν ἐπίσης καλλίτερον τήν φύσιν μεγάλης τινός ἐξεγκώσεως, ἐάν τὰ χεῖλη της ἢ ὁ κρατῆρ της εἶναι σκληρά. Δὲν ἐπαρκεῖ ὅμως διά τήν διάγνωσιν ὄγκων ἢ ἄλλων ἀλλοιώσεων ὑψηλά εὐρισκομένων, ὡς καί διά τὰς ἄλλας φλεγμονὰς τοῦ βλεννογόνου.

Ἡ δακτυλικὴ ἐξέτασις θά ἐκτελεῖται μέ πᾶσαν προσοχήν, ἠπιότητα καί ἄνευ τῆς ἐλαχίστης βίας. Θά θέσωμεν τὸν ἄρρωστον εἰς στάσιν γονοστηθικήν, ἢ πλαγίαν, ἀκόμη καί γυναικολογικήν, κατὰ τήν ὁποίαν συνδυάζομεν τήν σύγχρονον ψηλάφησιν τῆς κοιλίας, ἰδίως τοῦ ἀριστεροῦ λαγονίου βόθρου.

Ἡ ὀρθοσκόπησις θά συμπληρώσῃ ἀπαραιτήτως τήν προηγουμένην ἐξέτασιν, διότι ἀποκαλύπτει ἀλλοιώσεις μὴ προσιτάς διά τῆς δακτυλικῆς ἐξετάσεως, προσδιορίζει τοὺς παθολογικοὺς χαρακτηῆρας τοῦ νοσοῦντος βλεννογόνου, διαπιστώνει τήν ὕπαρξιν μικρῶν ἀλλὰ χαρακτηριστικῶν ἐξεγκώσεων, ἐπιτρέπει τέλος τήν βιοψίαν. Εἶναι ἐξέτασις εὐκόλος, τελειῶς ἀκίνδυνος καί πολυτιμοτάτη ἀπὸ διαγνωστικῆς ἀπόψεως, συχνά δὲ καί θεραπευτικῆς τοιαύτης.

Πολλαὶ παθήσεις τοῦ παχέος ἐντέρου ἐκδηλοῦνται μέ Δ.Σ. Παρουσία, ἐπομένως, τούτου θά προσπαθήσωμεν ν' ἀνεύρωμεν τὸ αἷτιον, ἰδίως παρὰ τήν κατωτέραν μοῖραν τοῦ κόλου. Καί τοῦτο, διότι αἱ παρὰ τήν μοῖραν ταύτην ἐντετοπισμέναι ἀνατομικαὶ βλάβαι ἐκδηλοῦνται κυρίως μέ τὸ σύνδρομον τοῦτο,

Τὰς κυριωτέρας νόσους, αἷτινες ἔχουν ὡς κλινικὴν ἐκδήλωσιν τὸ δυσεντερικὸν σύνδρομον δυνάμεθα νὰ ταξινομήσωμεν εἰς διαφόρους ὁμάδας:

— Εἰς τὴν πρώτην ὁμάδα τὰς γνησίας δυσεντερίας: ἀμοιβαδικήν, βακτηριακήν.

— Εἰς τὴν δευτέραν ὁμάδα:

α) κωλίτιδας ὀφειλομένας εἰς ἄλλα παράσιτα: λάμβλεια, τριχομονάδες κ.λ.π.

β) κωλίτιδας ὀφειλομένας εἰς τοξικά αἷτια: ὕδραγουρικά, ἀξωθαιμικά.

γ) κωλίτιδας όφειλομένης εις λοιμώδη αίτια: τύφος, παράτυφος, λοιμώδεις νόσοι, τροφικαί δηλητηριάσεις.

δ) κωλίτιδας όφειλομένης εις άλλεργικά ή εις άγνωστα αίτια.

— Εις την τρίτην ομάδα, τά νοσήματα με ειδικήν έντόπισιν παρά τό όρθόν: καρκίνος του όρθου, πολύποδες και πολυποδίασις, βαρεία αίμορραγική όρθο—κωλίτις, νόσος των Nicolas—Favre, φυματίωσις του όρθου, σύφιλις του όρθου, όρθο — πρωκτίτις έξ άκτινενεργείας.

Είναι αδύνατον νά διαπραγματευθώμεν πάντα ταύτα τά αίτια έν έκτάσει. Ός έκ τούτου μερικά τούτων θά μάς άπασχολήσουν έλάχιστα, άλλα έν πάση λεπτομερεία.

Υπάρχουν, πράγματι, νοσήματα παρουσιάζοντα ίδιον κλινικόν ένδιαφέρον, έπειγον δυνάμεθα νά είπωμεν. Παρουσία δέ ένός δυσεντερικού συνδρόμου θά πρέπη όπωςδήποτε νά έπιβεβαιωθή ή άποκλεισθή ή διάγνωσις των, πριν ή έχη τις τό δικαίωμα νά σκεφθή νόσον άλλην, περιλαμβανομένην εις μίαν έκ των τριών ομάδων.

Ταύτα είναι: ό καρκίνος του όρθου, οί πολύποδες και ή πολυποδίασις όρθου και παχέος έντέρου, ή βαρεία αίμορραγική όρθο — κωλίτις, ή άμοιβάδωσις, ή βακτηριακή δυσεντερία.

Τό κοινόν χαρακτηριστικόν γνώρισμα των νόσων αυτών, των περιλαμβανομένων εις την τρίτην ομάδα, είναι ή έντόπισις των εις τό όρθόν, αί ίδιαι παθολογο — ανατομικαί αλλοιώσεις τούτου και έπομένως ή δυνατότης όπως διά μιάς ή μάλλον δύο άπλων έξετάσεων — τής δακτυλικής έξετάσεως και τής όρθοσκοπήσεως — τεθή ταχέως και άσφαλώς ή διάγνωσις.

Όσάκις όμως ό άρρωστος, οίασδήποτε ηλικίας ή φύλου, παραπονείται διά δυσεντερικόν σύνδρομον, έστω και άβληχρόν, άποτελεί έπιτακτικόν καθήκον ή αναζήτησις πιθανού καρκίνου.

Ός έκ τούτου ή μελέτη τής αίτιολογίας ένός δυσεντερικού συνδρόμου θ' άρχιση με την λεπτομερή τοιαύτην του καρκίνου του όρθου.

Α΄ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ

Ἡ μελέτη τοῦ καρκίνου τοῦ ὀρθοῦ προέχει, ἀπὸ ἀπόψεως ἐνδιαφέροντος, οἰασοδήποτε ἄλλης νόσου ἐκδηλουμένης διὰ τοῦ δυσεντερικοῦ συνδρόμου, λόγῳ τοῦ ἐνδιαφέροντος ὅπερ ἔχει δημιουργηθῆ κατὰ τὰ τελευταῖα ἔτη, χάρις εἰς τὰς σημειωθείσας θεραπευτικὰς ἐπιτυχίας, κατόπιν τῶν ἐγκαίρων χειρουργικῶν ἐπεμβάσεων. Αὕτη, ἐπομένως, θὰ πρέπη νὰ περιλαμβάνη :

- Τὰς μεθόδους πρωτοῦ διαγνώσεως.
- Τὴν θεραπείαν.

Παρά τὸ γεγονός, ὅτι ἡ διάγνωσις τοῦ καρκίνου τοῦ ὀρθοῦ εἶναι λίαν εὐχερής, ἡ συμπτωματολογία πλουσία καὶ συχνὰ ἐγκαίρως ἐκδηλουμένη, ἐν ἀντιθέσει πρὸς ὅ,τι παρατηρεῖται εἰς ἄλλους καρκίνους, λ.χ. τοῦ στομάχου, τὰ περισσότερα, μολαταῦτα, διαγνωστικὰ σφάλματα διαπράττονται ἐνταῦθα, μὲ συνεπείας λίαν θλιβεράς.

Ἐξ ὄλων τῶν ἀνατομικῶν ἀλλοιώσεων τοῦ ὀρθοῦ, ὁ καρκίνος κατέχει τὴν πλεόν σημαντικὴν θέσιν. Ἀλλὰ καὶ ἐξ ὄλων τῶν κακοήθων ὄγκων ὀλοκλήρου τοῦ πεπτικοῦ σωληños, ὑπερέχει ἀναμφισβητήτως ἡ εἰς τὸ ὀρθὸν ἐντόπισις, ἐξαιρέσει, πιθανώτατα, τοῦ στομάχου. Τὰ 80 % τῶν καρκίνων τοῦ ἐντέρου ἐντοπίζονται πρᾶγματι εἰς τὸ ὀρθόν, καὶ 13 % ἐξ ὄλων τῶν καρκίνων τοῦ πεπτικοῦ συστήματος.

Σχετικῶς πρόσφατοι στατιστικαὶ τῶν Ἀμερικανῶν Boehme καὶ Hanson (1946) ἀναφέρουν, ὅτι ἐπὶ 1457 καρκίνων τοῦ παχέος ἐντέρου, οἱ 777 (50 % περίπου) ἐνετοπίζοντο εἰς τὸ ὀρθόν.

Ἀπὸ ἀπόψεως φύλου, κατὰ τὰς διεθνεῖς στατιστικὰς, ὑπερῆχει ἐλαφρῶς τὸ ἀνδρικόν (3 : 2).

Ἀπὸ ἀπόψεως ἡλικίας, ἀπαντᾷ εἰς οἰανδήποτε τοιαύτην, μὲ μέσον ὄρον τὸ 50ὸν ἔτος. Ἐπὶ 2723 καρκίνων τοῦ ὀρθοῦ, ἐξετασθέντων ὑπὸ τοῦ L. Buie ἐν τῇ Mayo Clinic, ὁ μέσος ὄρος ἦτο τὸ 55ον ἔτος.

Τὸ 40ὸν ἔτος τῆς ἡλικίας τῶν εἶχον ὑπερβῆ τὰ 89 % τῶν ἀρρῶστων τούτων, ἂν καὶ ἡ αὐτὴ στατιστικὴ ἀναφέρει 7 ἄρρενας κάτω τῶν 20 ἐτῶν καὶ δύο κάτω τῶν 10 ἐτῶν.

Εἰς τὸ ἡμέτερον τμήμα, ἐν τῷ Ἑλληνικῷ Ἀντικαρκινικῷ Ἰνστιτούτῳ, μετὰ τῶν συνεργατῶν μας κ.κ. Γ. Συκιώτη καὶ Α. Κορδόση, προέβημεν εἰς πλήρη στατιστικὴν μελέτην τῶν ἡμετέρων περιπτώ-

σεων, τὰ ἀποτελέσματα τῆς ὁποίας ἐμφαίνονται εἰς τὸν κατωτέρω πίνακα :

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Ἡλικία	Καθ' ἡλικίαν	Πάσχοντες		Οἰσοφάγου		Στομάχ.		Παχ. ἐντέρου		Ὄρθου		Ἡπατος	
		Ἄρρενες	Θήλειες	Ἄρρενες	Θήλειες	Ἄρρενες	Θήλειες	Ἄρρενες	Θήλειες	Ἄρρενες	Θήλειες	Ἄρρενες	Θήλειες
		ἐπί %											
0-10	0%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11-20	0%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21-30	2,3%	4	3	—	—	—	1Γ	—	—	4 ^Α	2 ^Γ	—	—
31-40	13,3%	16	24	1 ^Α	1 ^Γ	4 ^Α	5 ^Γ	2 ^Α	3 ^Γ	9 ^Α	11 ^Γ	0 ^Α	4 ^Γ
41-50	23,3%	30	40	2 ^Α	0 ^Γ	11 ^Α	10 ^Γ	2 ^Α	2 ^Γ	11 ^Α	13 ^Γ	4 ^Α	15 ^Γ
51-60	26,3%	39	40	3 ^Α	2 ^Γ	20 ^Α	9 ^Γ	2 ^Α	3 ^Γ	9 ^Α	19 ^Γ	5 ^Α	7 ^Γ
61-70	26,6%	29	48	2 ^Α	3 ^Γ	16 ^Α	15 ^Γ	2 ^Α	2 ^Γ	6 ^Α	23 ^Γ	3 ^Α	5 ^Γ
71-80	7,6%	12	11	4 ^Α	1 ^Γ	4 ^Α	3 ^Γ	1 ^Α	0 ^Γ	3 ^Α	3 ^Γ	0 ^Α	4 ^Γ
81-90	1%	3	0	1 ^Α	0 ^Γ	1 ^Α	0 ^Γ	0 ^Α	0 ^Γ	1 ^Α	0 ^Γ	0 ^Α	0 ^Γ
		133	166	13	7	56	43	9	10	43	71	12	35
		299		20		99		19		114		47	
		6%		6,6%		33%		6,3%		38%		14,6%	

Ἐκ τῆς μελέτης τοῦ πίνακος τούτου προκύπτει ὅτι ἐκ 299 καρκίνων τοῦ πεπτικοῦ συστήματος, οἱ 133 ἐνετοπιζόντο ἐπὶ τοῦ παχέος ἐντέρου, ἐκ δὲ τῶν τελευταίων τούτων οἱ 114 ἐπὶ τοῦ ὄρθου.

Ἡ ἡλικία τῶν ἡμετέρων ἀρρώστων ἐκυμαίνεται, κατὰ μέσον ὄρον, εἰς 41-50 ἔτη τῶν ἀνδρῶν καὶ 61-70 τῶν γυναικῶν. Ἡ μικροτέρα ἀναφερομένη ἡλικία, ἐν τῷ πίνακι, ἦτο τὸ 21ον ἔτος. Προσφάτως, ἀναπερηρήσαμεν περίπτωσιν καρκίνου τοῦ ὄρθου—μὴ συμπεριλαμβανομένην ἐνταῦθα—εἰς παῖδα ἡλικίας 15 ἐτῶν, ὅστις καὶ ἐχειρουργήθη εἰς τὸ ὡς ἄνω Ἴδρυμα ὑπὸ τοῦ κ. Ἄλ. Πολίτη.

Περιπτώσεις καρκίνου τοῦ ὄρθου εἰς μικρὰν ἡλικίαν ἀναφέρουν

ώσαύτως ὁ Bensaude (15 καὶ 19 ἐτῶν), ὁ Vernouilli, 11 ἐτῶν, ὁ δὲ Gaut 14 περιπτώσεις κάτω τῶν 18 ἐτῶν.

Ἄπο ἀπόψεως φύλου, ἡ ἡμετέρα στατιστικὴ δὲν συμφωνεῖ μὲ τὰς διεθνεῖς τοιαύτας, ὡς δεικνύουσα ἀντίστροφον ἀναλογία: 71 γυναῖκες ἔναντι 43 ἀνδρῶν.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

Ἡ πρώϊμος διάγνωσις δυσχεραίνεται ἐκ τοῦ γεγονότος, ὅτι ὁ καρκίνος σπανίως ἐντοπίζεται παρά τὸν πρωκτόν, ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ὑψηλότερον, εἰς τὸ ὄρθον. Στατιστικῶς, μόνον 2—5% τῶν καρκίνων ἐντοπίζονται περὶ τὸν πρωκτόν, ἐνῶ τὰ 65% ἄρχονται ἐν τῆς ληκύθου, οἱ δὲ ὑπόλοιποι ἀναπτύσσονται παρά τὸ σημεῖον ἐνώσεως ὄρθου—σιγμοειδοῦς. Ὁ ὄγκος ἐμφανίζεται, κατὰ τὰ πρώϊμα στάδια κυρίως, ἐπὶ τῆς προσθίας ἐπιφανείας τῆς ληκύθου, ἐν συνεχείᾳ ἐπὶ τῆς ὀπισθίας καὶ πολὺ σπανιώτερον ἐπὶ τῶν πλαγίων ἐπιφανειῶν.

Μακροσκοπικῶς διακρίνομεν τρεῖς μορφάς.

- Τὴν ὑπερπλαστικὴν,
- Τὴν ἐλκώδη,
- Τὴν διηθητικὴν.

α) Ἡ ὑπερπλαστικὴ μορφή εἶναι καὶ ἡ πλέον συχνή. Ἐμφανίζεται ὡς εἰς συμπαγῆς ὄγκος, ἀνθο-κραμβοειδῆς, ἀνώμαλος, σκληρός, μὲ βάσιν σκληρὰν, ἀνευ σαφῶν ὀρίων. Χροιάς βαθέως ἐρυθρᾶς, ἀντιτίθεται πρὸς τὴν φυσιολογικὴν τοιαύτην τοῦ περιβάλλοντος τὸν ὄγκον ὕγιους βλεννογόνου. Ἄρκετά συχνὰ ἐξελκοῦται περὶ τὸ κέντρον τοῦ, σχηματίζων οὕτω κρατῆρα βαθύν, ἐνίοτε δὲ νεκρωτικόν. Τὸ μέγεθός του ποικίλλει, αὐξάνων δὲ δύναται ν' ἀποφράξῃ τελείως τὸν ἐντερικὸν σὺλόν.

β) Ἡ ἐλκώδης μορφή, πλέον σπανία, ἐμφανίζεται ὡς μία ἐξέλκωσις μὲ ἀνυψωμένην παρυφήν, ἀνεστραμμένην ὡς «λωβίον ὠτός», μὲ ἀνώμαλον κρατῆρα καὶ βάσιν λίαν σκληράν, ξυλώδη.

γ) Ἡ τρίτη μορφή, ἡ διηθητικὴ, εἶτι σπανιώτερα, ἐμφανίζεται ὡς σκληρὰ διήθησις τοῦ ἐντερικοῦ τοιχώματος, μὲ ἀσαφῆ ὄρια, σχεδὸν πάντοτε ἐδραζομένη ἐπὶ τῆς προσθίας ἐπιφανείας τοῦ ὄρθου. Ἄλλοτε προσλαμβάνει τὴν μορφήν σκίρρου, ὅστις περιβάλλει ὀλόκληρον τὸ τοίχωμα τοῦ ὄρθου, μὲ ἀποτέλεσμα τὴν δημιουργίαν ἐνός ἀνωμάλου σωλῆνος, πεπαχυσμένου καὶ καθηλωμένου. Ὁ βλεννογόνος ἐλαχίστην δεικνύει διάθεσιν πρὸς ἐξέλκωσιν, κατὰ δὲ τὸ πρώϊμον στάδιον ἔχει φυσιολογικὴν ὄψιν, ἀργότερον ὁμως ἐμφανίζει οἴδημα καὶ ἐξελκοῦται.

Ἱστολογικῶς πρόκειται ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον περὶ ἀδενοκαρκινώματος (80%). Ὁ μυελοειδῆς καρκίνος εἶναι σπάνιος.

νιος, ὁ δὲ σκίρρος, συστάσεως ἐξαιρετικῶς σκληρᾶς, εἶναι ἔτι σπανιώτερος.

Τὸ πλακῶδες ἐπιθηλίωμα ἀπαντᾷ ἀποκλειστικῶς εἰς τὸν πρωκτὸν καὶ πέριξ αὐτοῦ. Εἶναι βαρείας προγνώσεως, ἐκ τοῦ γεγονότος ὅτι δύνανται νὰ λάβουν χώραν μεταστάσεις διὰ τῆς λεμφικῆς ὁδοῦ καὶ πρὸς τὰ βουβωνικὰ γάγγλια.

Τὸ βλενωδές ἢ κολλοειδές ἐπιθηλίωμα δὲν εἶναι ἐπίσης συχνόν (10%, Chiari). Εἰς τὰ ἡλικιωμένα άτομα δὲν παρατηροῦνται μεταστάσεις τοῦ ἐπιθηλώματος τούτου, παρὰ τὰς πολλαπλᾶς καὶ ἐκτεταμέναις τοπικᾶς ὑποτροπᾶς. Εἰς τὰ νέα ὅμως άτομα, κάτω τῶν 30 ἐτῶν, ὄχι μόνον παρατηροῦνται μεταστάσεις, ἀλλὰ εἶναι αὐταὶ καὶ πλέον συχναὶ (50% τῶν καρκίνων τοῦ ὄρθου), παρατηρεῖται δ' ἐνίοτε καὶ μία διάχυτος κυλινδρική διήθησις.

Τὰ τελευταῖα ἔτη ἀποδίδουν ἐξαιρετικὴν σημασίαν εἰς τὴν διάχυτον διηθητικὴν ἐπέκτασιν τοῦ καρκίνου τοῦ ὄρθου. Οὕτως ὁ Dukes κατατάσσει εἰς τὸ στάδιον Α τοὺς καρκίνους ἐκείνους, οἵτινες εἰσεχώρησαν μόνον μέχρι καὶ τῶν ἔσω στρωμάτων τοῦ μυϊκοῦ χιτῶνος, εἰς τὸ στάδιον Β τοὺς ἔχοντας διεισδύσει εἰς τὸν περιοριθικὸν ἰστόν, εἰς δὲ τὸ στάδιον Γ τοὺς ἔχοντας καταλάβει τοὺς τοπικοὺς ἀδένας.

Ὁ βαθμὸς ἐπέκτασεως ἑνὸς καρκίνου κρίνει τὴν πρόγνωσιν. Οὕτως, ἐνῶ ἡ ἐπιβίωσις τῶν 5 ἐτῶν εἶναι 78% κατὰ τὸ στάδιον Β, κατὰ τὸ στάδιον Γ κατέρχεται εἰς 44%. Ἐτερον στοιχεῖον εἰς τὴν πρόγνωσιν εἶναι ὁ βαθμὸς ἱστολογικῆς διαφοροποιήσεως τοῦ καρκίνου. Τρίτος παράγων εἶναι ἡ διεισδύσις ἐντὸς τῶν λεμφικῶν αἱμοφόρων ἀγγείων.

Θὰ ἴδωμεν κατωτέρω τὸν μηχανισμόν ἐπέκτασεως καὶ τὰς διαφόρους ὁδοὺς ταύτης. Σημειώνομεν ὅμως, εὐθὺς ἀμέσως, ὅτι προσφάτως πλείστοι συγγραφεῖς ἐτόνισαν τὸν ρόλον τῶν αἱμοφόρων ἀγγείων διὰ τὴν διασπορὰν τῶν καρκινωματοδῶν κυττάρων εἰς περίπτωσιν καρκινώματος τοῦ ὄρθου. Ἡ διασπορὰ λαμβάνει χώραν διὰ τῶν κλάδων τῆς πυλαίας—μέση καὶ ἄνω αἱμορροϊδικῆ φλέβης—μέχρι καὶ τοῦ ἥπατος, ὅπου συνήθως καὶ αἱ μεταστάσεις. Ἐτέρα ὁδὸς διασπορᾶς εἶναι ἡ λεμφικὴ, μετὰ προσβολῆς τῶν τοπικῶν λεμφαδένων. Οὕτως εἶναι δυνατόν ἀξένες εὐρισκόμενοι ὑπερθεῖν—ἐντὸς τοῦ μεσεντερίου τοῦ σιγμοειδοῦς—νὰ προσβληθοῦν πρωτῶς, διότι διάφοροι ὁμάδες ἀδένων δὲν ἐπικοινωνοῦν πάντοτε ὁμοιομόρφως καὶ οὕτω διαφέρουν οἱ ὅροι ροῆς τῆς λέμφου.

Ὑπενθυμίζομεν ἐπίσης τὴν ὑπαρξιν, ἐνίοτε, ἐντὸς τοῦ ὄρθου 2, 3 ἢ καὶ περισσοτέρων πρωτοπαθῶν καρκίνων.

Ὁ μηχανισμὸς ἐπέκτασews ἑνὸς καρκίνου τοῦ ὀρθοῦ εἶναι τριπλοῦς :

α) Τοιχωματικὴ ἐπέκτασις. Ἐκ τῆς ἀρχικῆς ἔδρας παρά τὸν βλεννογόνον καὶ ἐπὶ τῆς προσθίας ἐπιφανείας ὁ καρκίνος ἐπεκτείνεται πρὸς τὸν ὑποβλεννογόνιον, τὸν μυϊκὸν χιτῶνα, ὀλόκληρον τὸ τοίχωμα τοῦ ὀρθοῦ, περιφερικῶς καὶ πρὸς τὰ ἄνω.

β) Ἐπέκτασις εἰς γειτνιαζούσας χώρας. Ἄφοῦ καταλάβῃ τὸ τοίχωμα τοῦ ὀρθοῦ, ὁ καρκίνος ἐπεκτείνεται πρὸς τοὺς περι-ορθικοὺς ἱστούς, τοὺς ἀνεκτιήρας μῦς τοῦ πρωκτοῦ, τὸν σφιγκτήρα καὶ ἀργότερον ἐπεκτείνεται πρὸς τὴν κύστιν, προσάτην, μήτραν ἢ κόλπον.

γ) Ἐπέκτασις διὰ τῆς λεμφικῆς ὁδοῦ. Ὡς γνωστόν, ἡ λέμφος διοχετεύεται :

— Πρὸς τὴν κάτω μεσεντέριον ὁμάδα, διὰ γαγγλιακῶν ἀναστομώσεων κατὰ μῆκος τῆς ἄνω αἱμορροϊδικῆς; (ἀδένες παρά τὸ σημεῖον διχασμοῦ τῆς ἄνω αἱμορροϊδικῆς; ἡ πύλη τοῦ ὀρθοῦ κατὰ τὸν Mondor, ὁμάς ὀρθο-σιγμοειδικὴ εἰς τὸ σημεῖον ἐκφύσεως τοῦ σιγμοειδικοῦ, ὁμάς ὀρθο-σιγμοειδο-κολικὴ παρά τὸ σημεῖον ἐκφύσεως τῆς ἄνω ἀριστερᾶς κολικῆς).

— Δευτερευόντως πρὸς τοὺς ὑπογάστριους ἀδένους ἀφοῦ κατευθυνθῇ κατὰ μῆκος τῆς μέσης αἱμορροϊδικῆς ἀρτηρίας.

— Πρὸς τοὺς βουβωνο-μηριαίους ἀδένους.

Σχηματικῶς, ἐπομένως, ἡ διασπορά διὰ τῆς λεμφικῆς ὁδοῦ ἔχει οὕτω :

α) Καρκίνος ὀρθο-σιγμοειδικός καὶ ἄνω ληκύθου: ἄνω αἱμορροϊδικοί καὶ κάτω μεσεντέριοι ἀδένες.

β) Καρκίνος τοῦ πρωκτοῦ: ἄνω αἱμορροϊδικοί, ὑπογάστριοι καὶ βουβωνο-μηριαῖοι ἀδένες.

γ) Καρκίνος τῆς μέσης ἢ κάτω ληκύθου: ἄνω αἱμορροϊδικοί ἀδένες, ἀλλὰ καὶ πλαγίως ὑπογάστριοι.

Ἡ διασπορὰ διὰ τῆς λεμφικῆς ὁδοῦ, ἐν ἀντιθέσει μὲ τὴν τοπικὴν τοιαύτην, ἥτις εἶναι βραδεῖα καὶ ὁμαλή, εἶναι πρῶτον, ἀπρόβλεπτος, μὴ δυναμένη νὰ παραλληλισθῇ πρὸς τὴν διάρκειαν τῆς ἐξελίξεως, ἐνίοτε δὲ καὶ παλίνδρομος, ἥτοι κατερχομένη ὑπὸ τὸν ὄγκον, λόγῳ ἀποφράξεως τῆς λεμφικῆς ὁδοῦ ὑπερθεν ἐκ τοῦ προκεχωρημένου καρκίνου.

Ἄρκετὰ συχνὰ μία συνυπάρχουσα φλεγμονή, μία ἐπιμόλυνσις τοῦ καρκίνου, δίδει ἐσφαλμένας πληροφορίας, ὡς ὑπερβάλλουσα τὴν σπουδαιότητα τῆς καρκινωματοῦδος κυτταρικῆς ἢ λεμφικῆς διασπορᾶς.

Ἀνατομικῶς θὰ διακρίνωμεν :

— Τὸν καρκίνον τοῦ πρωκτοῦ (μαλπιγιανὸν ἐπιθηλίωμα).

— Τὰ ἀδενοκαρκινώματα :

α) καρκίνος τῆς ληκύθου,

β) καρκίνος τῆς ἄνω ληκύθου καὶ ὀρθο—σιγμοειδικός.

Ἡ ταξινόμησις αὕτη εἶναι ἀπαραίτητος, ὡς εἶδομεν, καὶ δικαιολογεῖται ἐκ τῆς διαφόρου διασπορᾶς τῶν μεταστάσεων, τῆς συμπτωματολογίας καὶ τῆς διαφόρου θεραπευτικῆς ἀγωγῆς. Τὸ κοινὸν σημεῖον τοῦ καρκίνου αὐτοῦ εἶναι ἡ ἔδρα του ἐπὶ τοῦ ὀρθοῦ ἥτοι τοῦ τελικοῦ τμήματος τοῦ ἐντέρου. Ὑπενθυμίζομεν τὰ ὄρια :

— Ἄνω ὄριον τοῦ ὀρθοῦ: ὀριζόντιος διερχομένη διὰ τοῦ 3ου ἱεροῦ καὶ ἀντιστοιχοῦσα εἰς τὴν μοῖραν ἐκείνην τοῦ ἐντέρου, ἣτις στερεῖται ἀποτόμως μεσεντερίου, ἥτοι εἰς ἀπόστασιν 13-15 ἐκ.

— Κάτω ὄριον τοῦ ὀρθοῦ: πρωκτο-δερματικὴ γραμμὴ.

— Καρκίνος τοῦ πρωκτοῦ: τὰ 3-4 ἐκ. ὕπερθεν τῆς πρωκτο-δερματικῆς γραμμῆς.

— Καρκίνος τῆς ληκύθου: μεταξύ τῶν 4—11 ἐκ. τῆς γραμμῆς ταύτης. Ἔδρα κατωτέρα, μέση ἢ ἄνω.

— Καρκίνος ὀρθο-σιγμοειδικός: μεταξύ 11—15 ἐκ.

Ἡ συνήθης ἔδρα εἶναι εἰς τὸ μέσον τῆς ληκύθου, εἰς ἀπόστασιν 4—11 ἐκ. Εἰς τὰς ἡμετέρας 114 περιπτώσεις, ὁ καρκίνος ἠδράζετο εἰς ἀπόστασιν 6 ἐκ. ἀπὸ τοῦ σφιγκτήρος, ἐξαιρέσει 16 περιπτώσεων, ὅπου ἀνεύρομεν τὸν ὄγκον εἰς ἀπόστασιν 10 ἑκατ. Ὑπερθεν τῶν 11-14 ἑκατ. θεωροῦμεν πλέον τοῦτον ὡς ὀρθο-σιγμοειδικόν.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Ἀπὸ μακροῦ ἀσχολοῦνται μὲ τὴν ἀναζήτησιν τῶν παραγόντων ἐκείνων, οἵτινες παρουσιάζουν ἰδιαιτερόν ἐνδιαφέρον εἰς τὴν γένεσιν τοῦ καρκίνου τοῦ ὀρθοῦ.

Καὶ ὅσον ἀφορᾷ μὲν τὰ γενικὰ αἷτια τὰ προδιαθέτοντα εἰς καρκίνον, ταῦτα παραμένουν ἄγνωστα, ἐξαιρέσει ὠρισμένων περιπτώσεων καθ' ἃς ἀνευρίσκει τις μίαν οἰκογενειακὴν ἢ κληρονομικὴν προδιάθεσιν.

Ἡ προσοχὴ ἐστράφη περισσότερο πρὸς τοπικὰ αἷτια, εἴτε πρὸς ὠρισμένας τοπικὰς προκαρκινικὰς καταστάσεις εἴτε πρὸς μίαν κακοήθη τοπικὴν προδιάθεσιν.

Ἐπεκαλέσθησαν ἀρχικῶς ὠρισμένας χρονίας φλεγμονάς, εὐνοοῦσας τὴν ἀνάπτυξιν τοῦ καρκίνου, ὅπως τὰς οὐλὰς τῶν ραγάδων, τὰς χρονίας αἰμορροϊδικὰς παθήσεις, τὰ χρόνια συρίγγια. Πάντα ταῦτα ὅμως ἐντοπίζονται παρὰ τὸν ἢ πλησίον τοῦ πρωκτοῦ, ἐνῶ ἡ πλειονότης τῶν καρκίνων ἐδράζεται ἐπὶ τοῦ ὀρθοῦ.

Πλέον ἀληθοφανῆς εἶναι ἡ ἀποψις γενέσεως τοῦ καρκίνου ἐπὶ μιᾶς χρονίας φλεγμονῆς, ὅπως ἐπὶ ἐλκώδους πρωκτίτιδος, ἣτις καταλαμβάνει καὶ τὸ ὀρθόν. Ἀναφέρονται ὡσαύτως ὡς αἷτια προδιαθέτοντα ἢ βαρεῖα αἰμορραγικὴ ὀρθο-κωλίτις, σύφιλις τοῦ ὀρθοῦ, ἐν καλόηθες λεμφοκοκκίωμα, αἷτια χημικὰ, μηχανικὰ, μικρο-

βιακά κ.ο.κ. "Όσον αφορά τὰς σχέσεις καρκίνου καὶ ἀμοιβαδύσεως, αὐταὶ θὰ μᾶς ἀποσχολήσουν εἰς τὸ οἰκτεῖον κεφάλαιον.

Μεγαλυτέραν ὅμως σημασίαν δέον νὰ ἀποδώσωμεν εἰς τοὺς λεγομένους καλοήθεις ὄγκους τοῦ ὄρθου, ὡς προκαρκινικὴν κατάστασιν. Οὗτοι εἶναι κυρίως οἱ πολὺποδες καὶ οἱ λαχνοεἰδεῖς ὄγκοι.

Μὲ τοὺς πολὺποδας τοῦ ὄρθου καὶ τὴν πολυποδίασιν ἀσχολούμεθα ἐν πάσῃ λεπτομερείᾳ εἰς τὸ ἐπόμενον κεφάλαιον. Ἀνακεφαλαιῶντες ὑπενθυμίζομεν, ὅτι ἡ κακοήθης ἐξαλλαγή εἶναι βεβαία εἰς περιπτώσιν διασχύτου πολυποδίασεως. Πρόκειται ὅμως περὶ νόσου σπανίας, ἐνῶ ὁ καρκίνος τοῦ ὄρθου εἶναι λίαν συχνός. "Όσον ἀφορᾷ ὅμως τὸν μονήρη πολὺποδα, ἡ σχέση τούτου μὲ τὸν καρκίνον, ὡς μόνου αἰτίου, εἶναι λίαν συζητήσιμος. Ἐχει βεβαίως ἀποδειχθῆ, ὅτι καὶ ὁ μονήρης πολὺποδος ἐξαλλάσσεται, ὅπως ἔχει ἐπίσης ἀποδειχθῆ, ὅτι ἐπὶ ἐξαιρεθέντος πολὺποδος ἀνεπτύχθη, μεταγενεστέρως, εἰς τὴν αὐτὴν θέσιν, καρκίνος τοῦ ὄρθου.

Οἱ πολὺποδες τῶν νέων ἀτόμων διακρίνονται ἱστολογικῶς τῶν πολυπόδων τῶν ἡλικιωμένων ἀτόμων, εἰς τοὺς ὁποίους ἐπικρατοῦν τὰ ἐπιθηλιακὰ στοιχεῖα.

Ὁ Feurter ἐπὶ 379 ἐπιμελῶν νεκροψιῶν ἀτόμων, ἄνω τῶν 20 ἐτῶν, ἅτινα εἶχον πολὺποδας τοῦ παχέος ἐντέρου, ἀδιακρίτως ἐντοπίσεως, ἀνεῦρε συνύπαρξιν καρκίνου εἰς 19 περιπτώσεις. Παρετήρησεν ἐπὶ πλέον εἰς 6 περιπτώσεις κακοήθη ἐξαλλαγήν καὶ εἰς ἄλλα 4 ὑποπτα σημεῖα τοιαύτης ἐξαλλαγῆς. Ἐάν παραδεχθῆ τις, ὅτι καὶ οἱ διαπιστωθέντες καρκίνοι προήρχοντο ἐπίσης ἐκ πολυπόδων, ἡ συχνότης τῆς ἐξαλλαγῆς ἀναβιβάζεται εἰς 7,65%.

Ὁ Feurter, ἐξ ἄλλου, παραδέχεται ὡς σπανίαν τὴν ἐξαλλαγήν πολυπόδου μὲ ἐπιμήκη μίσχον. Μεταξὺ ὅμως 7 πολυπόδων ἄνευ μίσχου, διαμέτρου ἄνω τοῦ $\frac{1}{2}$ ἐκ., οἱ 5 εἶχον ἐξαλλαγή ἢ ἐνεφάνιζον ὑποπτα σημεῖα ἐξαλλαγῆς. Οἱ ἄμισχοι ἐπομένως πολὺποδες εἶναι πολὺ πλέον ἐπιρρεπεῖς πρὸς τὴν νεοπλασματικὴν ἐξαλλαγήν.

"Όσον ἀφορᾷ, ἐξ ἄλλου, τὴν μεταγενεστέραν καρκινοποίησιν καλοήθων πολυπόδων, οἱ Colvert καὶ Brown διεπίστωσαν 3 καρκίνους τοῦ ὄρθου ἐπὶ 117 ἄρρώστων, εἰς τοὺς ὁποίους εἶχον ἀφαιρεθῆ καλοήθεις πολὺποδες καὶ οἱ ἄρρωστοὶ οὗτοι ἠλέγχοντο κανονικῶς ἀπὸ 5 ἕως 11 ἐτῶν. Ἐπὶ ἐτέρων 167 περιπτώσεων πολυπόδων τοῦ ὄρθου, χειρουργικῶς ἐξαιρεθέντων, ἀνευρέθησαν, κατὰ τὴν ἱστολογικὴν ἐξέτασιν, 10 περιπτώσεις κακοήθους ἐξαλλαγῆς, ἥτις εἰς ἀναλογίαν 6% περίπου.

Εἴμεθα, ἐπομένως, πάντοτε ὑποχρεωμένοι νὰ μὴ παραβλέπωμεν τοὺς πολὺποδας τούτους, ὅσον καλοήθεις καὶ ἂν ἐμφανίζωνται, δεδομένου ὅτι ἀγνοοῦμεν ἂν καὶ πότε θὰ ὑποστοῦν τὴν νεοπλασματικὴν ἐξαλλαγήν.

Μολταυτὰ δὲν δυνάμεθα νὰ εἴπωμεν, ὅτι ὅλοι οἱ καρκίνοι τοῦ ὄρθου ἐκκινοῦν ἐξ ἐνὸς πολὺποδος. Πολὺ συχνὰ ἡ ἐξέτασις τοῦ χειρουργικοῦ παρασκευάσματος οὐδένα πολὺποδα ἀποκαλύπτει πλησίον τοῦ καρκίνου. Ἐχει δὲ ἐπίσης, ἱστολογικῶς, διαπιστωθῆ ἡ γένεσις τοῦ καρκίνου ἐξ αὐτοῦ τούτου τοῦ βλεννογόνου,

όστις ούδεμίαν ἄλλην ἀνώμαλον εἰκόνα ἐνεφάνιζεν. Οὕτως ἐξητάσθησαν μικροὶ καρκίνοι εἰς τὸ ὄλως ἀρχικὸν στάδιόν των, τὸ διηθητικόν, οἵτινες εἶχον πρωτοπαθῶς ἀναπτυχθῆ ἐπὶ ὕγιου ἐντερικοῦ βλεννογόνου, ἀπουσία κάθε πολύποδος.

Ἐτέρα σημαντικὴ προ — καρκινικὴ κατάστασις εἶναι οἱ **ΛΑΧΝΟΕΙΔΕΙΣ ὄΓΚΟΙ** :

Πρόκειται περὶ ἰδίας φύσεως ὄγκων, οἵτινες ἐξελλίσσονται εἰς δύο στάδια : ἐν καλοῦθες καὶ ἕτερον ἱστολογικῶς κακότητες.

Διαφέρουν τῶν ἀδενωμάτων κατὰ τοῦτο : ἐνῶ οἱ λαχνοεῖδεις ὄγκοι προβάλλουν πρὸς τὰ ἄνω, τὰ ἀδενώματα σχηματίζουν σωληνας εἰς βάρος τῆς βαθείας μοίρας τῶν ἀδένων καὶ ἐν συνεχείᾳ ἀναπτύσσονται κατὰ βάθος, ἐντὸς τοῦ συνδετικοῦ ἰστοῦ.

Ὑπάρχουν λαχνοεῖδεις ὄγκοι, τελειῶς διάφοροι, οὔδεμίαν σχεῖσιν ἔχοντες μὲ τὸ ἀδένωμα ἢ τὸν καρκίνον. Ἄλλοι ἐξ αὐτῶν, οἱ περισσότεροι, εἶναι καλοῦθες, ἐνῶ ἕτεροι, ἐκ συστάσεως, εἶναι κακότητες, λόγῳ ἐπιθηλωματικῆς ἀναπτύξεως ἐπὶ τῶν λαχνῶν.

Μικροσκοπικῶς οἱ λαχνοεῖδεις ὄγκοι διακρίνονται εἰς τρία εἶδη : τοὺς μισχωτοὺς, τοὺς ἀμίσχους, τὰς διαχύτους λαχνοεῖδεις ἐκβλαστήσεις.

Τὸ κοινὸν χαρακτηριστικὸν σημεῖον ὄλων αὐτῶν τῶν ὄγκων εἶναι τὸ λίαν λεπτὸν τριχωτὸν τῶν λαχνῶν, ὅπερ προσδίδει εἰς τὸν ὄγκον τὴν εἰδικὴν ὄψιν «βελούδου». Λόγῳ τῆς ἀφθόνου βλενώδους ἐκκρίσεως, αἱ λάχλαι ἐνίστε προσκολλῶνται ἢ μία ἐπὶ τῆς ἄλλης, δίδουσαι τὴν εἰκόνα λεπτοῦ μωσαϊκοῦ χροιαῖς ροδίνης ἢ ἐρυθρᾶς.

Ἡ σύστασις των εἶναι μαλθακὴ καὶ γλοιώδης. Ὀλόκληρος ἡ ἐπιφάνεια τοῦ ὄγκου καλύπτεται ὑπὸ διαφανοῦς βλέννης, ἥτις συνεχῶς ρεεῖ ἐντὸς τοῦ ὄρθου. Μισχωτοὶ ἢ λοβώδεις, οἱ ὄγκοι προβάλλουν ἐντὸς τοῦ ὄρθου. Ὁ μίσχος των εἶναι βραχύς. Ἄλλοτε ὁ ὄγκος εἶναι διάχυτος, ὡς διεσκορπισμέναι ἐκβλαστήσεις. Τὸ μέγεθος των ποικίλλει ἀπὸ πῖσου μέχρι πορτοκαλλίου. Ὁ περὶ τὸν ὄγκον βλεννογόνος εἶναι χροιαῖς φυσιολογικῆς.

Κλινικὴ εἰκὼν. Ἐπὶ ἔτη οἱ λαχνοεῖδεις ὄγκοι ἐξελλίσσονται ἀσυμπτωματικῶς. Τὰ πολὺ μεταγενεστέρως ἐκδηλούμενα πρῶτα συμπτώματα συνίστανται εἰς κοινὰς ἐντερικὰς διαταραχὰς, ἥτοι ἐναλλασσομένην δυσκοιλιότητα μετὰ διαρροϊκῶν κενώσεων.

Τρία ὁμῶς εἶναι τὰ κυριώτερα συμπτώματα τῶν ὄγκων τούτων : αἱ βλεννο-μεμβρανώδεις ἐκκρίσεις, αἱ αἰμορραγίαι, ἡ ψευδὴς διάρροια.

— Ἐκ τοῦ ὄρθου ἀποβάλλεται β λ έ ν ν α, ἀνοικτοῦ χρώματος, παχεῖα, γλοιώδης, ὁμοιάζουσα πρὸς τὸ λεύκωμα φῶς. Ἡ ἐκκρίσις αὕτη εἶναι ἐξαιρετικῶς ἀφθονος, ἐνίστε δὲ ρεεῖ συνεχῶς ἐκ τοῦ ὄρθου, χωρὶς νὰ συνοδεύεται ὑπὸ κωλικῶν ἢ τεινεσμοῦ.

— Δι' αίμορραγίαι, οὐχί συχναί καί εἰς μικράν ποσότητα. Ἡ συχνή ἐπανάληψις των καί ἡ μεγάλη ποσότης των συνηγοροῦν ὑπέρ τῆς κακοήθους ἐξαλλαγῆς. Ἐνίοτε, μετὰ ἢ ἀνευ κενώσεων, ἀποβάλλονται τεμάχια ὄγκου.

— Ἡ ψευδῆς διάρροια, ἣτις ἐξαπατᾷ τοὺς ἀρρώστους καί διὰ τὴν ὁποῖαν καί κυρίως προσέρχονται, ὀφείλεται εἰς τὰς ἐπανελημμένας ἀμειγῆς βλεννο—μεμβρανῶδεις ἐκκρίσεις ἢ ἐλάχιστα κόπρανα περιεχοῦσας.

— Ἡ δακτυλική ἐξέταση ἀποκαλύπτει τὴν ὑπαρξιν μιᾶς μάζης μισχωτῆς ἢ λοβώδους καί μαλθακῆς συστάσεως, ἣτις δίδει τὴν ἐντόπωσιν σπόγγου προσκεκολλημένου ἐπὶ τοῦ τοιχώματος τοῦ ὀρθοῦ.

— Ἡ ὀρθοσκόπησις προσδιορίζει ἐπακριβῶς τοὺς ὡς ἄνω χαρακτῆρας. Ἡ ἀφθονος ἐκκρίσις βλέννης ἐμποδίζει πολλὰκις τὴν ἐξέτασιν. Ὁ ὄγκος ἔχει τὴν τριχωτὴν ὄψιν τῶν λαχνῶν, ἐν εἰδει μεδούσης ἢ μωσαϊκοῦ.

— Ἐξέλιξις: μοιραία πρὸς τὸν καρκίνον. Καί μετὰ τὴν ἀφαίρεσιν των ὑποτροπιάζουν, εἴτε ἐκ νέου ὡς καλοήθεις εἴτε ὡς κακοήθεις μετὰ πάροδον πολλῶν ἐτῶν.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΩΝ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ

Ὡς τύπον περιγραφῆς θὰ θεωρήσωμεν τὴν πλέον συχνὴν μορφήν, ἣτοι τὸν ἐντοπιζόμενον παρὰ τὴν λήκυθον καρκίνον.

Τὰ συμπτώματα, ἅτινα ὑποχρεοῦν τὸν ἀρρώστον πρὸς ἐξέτασιν, εἶναι ποικίλα. Οὔτε δὲ καί δυνάμεθα νὰ κρίνωμεν ἐξ ἑνὸς τούτων τὸ στάδιον ἐξελιξεως τοῦ ὄγκου. Ὡς ἐκ τούτου κάθε ἀνώμαλον σημεῖον, οἰασδήποτε ἐντάσεως, ἀφορῶν τὸ ὀρθόν, δεόν νὰ μᾶς παρακινή αὐτομάτως εἰς μίαν μοναδικήν, εὐκολον, ἀλλὰ πολυτιμοτάτην χειρονομίαν: τὴν δακτυλικὴν ἐξέτασιν. Ἡ ἐν συνεχείᾳ ὀρθοσκόπησις θὰ ἐπιβεβαιώσῃ τὰ εὐρήματα.

Εἶναι σχεδόν ἀδύνατος ὁ προσδιορισμὸς τῆς ἐποχῆς καθ' ἣν ἐνεφανίσθη τὸ πρῶτον ὁ ὄγκος καί διὰ ποίων τότε σημείων—ἐάν ὑπῆρχον—ἐξεδηλώθη οὗτος.

Εἰς τὰς ἡμετέρας 114 περιπτώσεις καρκίνου τοῦ ὀρθοῦ ἤρευνησαμεν τὸ χρονικὸν διάστημα τὸ μεσολαβήσαν ἀπὸ τῆς πρώτης κλινικῆς ἐκδηλώσεως, δι' οἰουδήποτε συμπτώματος, μέχρι τῆς ἡμέρας καθ' ἣν ἐξητάσθη καί διεγνώσθη παρ' ἡμῶν.

Τὸ χρονικὸν τοῦτο διάστημα ἐκυμαίνετο ἀπὸ 10 ἡμερῶν μέχρις 6 ἐτῶν (1 περιπτ. 10 ἡμερῶν, 1 περιπτ. 20 ἡμερῶν, 19 περιπτ. ἀπὸ 1—3 μηνῶν, 44 περιπτ. ἀπὸ 4—12 μηνῶν, 28 περιπτ. ἀπὸ 1 ἔτους, 15 περιπτ. ἀπὸ 2 ἐτῶν, 4 περιπτ. ἀπὸ 3 ἐτῶν, 1 περιπτ. ἀπὸ 5 ἐτῶν καί 1 ἀπὸ 6 ἐτῶν). Δηλαδή μετὰ 4ου καί 12ου μηνός 44 περιπτώσεις, 49 δὲ περιπτώσεις μετὰ τὸ πρῶτον ἔτος. Ἐπομένως ἀπὸ τοῦ 4ου ἤδη μηνός οἱ ἀρρώστοι προσέρχονται πρὸς ἐξέτασιν.

Διὰ ποῖον ἐπομένως λόγον δὲν τίθεται ἐγκαίρως ἡ διάγνωσις τοῦ καρκίνου τοῦ ὀρθοῦ;

Ἐκ τῶν ἀρρώστων μας τούτων, οἱ 22 ἐθεραπεύοντο ἐπὶ μακρὸν διάστημα δι' ἀμοιβάδωσιν, ἕτεροι δὲ 12 ὡς πάσχοντες ἐξ αἱμορροϊδῶν. Δέον νὰ τονισθῆ, ὅτι ἐκ τῶν 22 χαρακτηρισθέντων ὡς ἀμοιβαδικῶν, ἡ ἐξέτασις τῶν κοπράνων ἀπεκάλυψε τὴν ὑπαρξιν ἀμοιβάδων εἰς τοὺς 17, δι' ὃ καὶ ἐπὶ μῆνας ὑπεβάλλοντο εἰς ἀντιαμοιβαδικὴν θεραπείαν, καθ' ὃν χρόνον ἐξειλισσετο ὁ καρκίνος των. Εἰς ἄλλας περιπτώσεις ἡ διάγνωσις τῆς ἀμοιβαδώσεως ἐτέθη κλινικῶς, παρὰ τὰς ἀρνητικὰς ἐξετάσεις τῶν κοπράνων, ὑπεβάλλοντο δὲ καὶ οὔτοι—παρὰ τὸν καρκίνον των—εἰς θεραπείαν διὰ βιοθεραπευτικῶν κ. ἄ.

Δύο ἐκ τῶν ἀρρώστων μας—ἕκτοτε παρατηρήσαμεν πολὺ περισσότερους—ὑπεβάλλοντο εἰς θεραπείαν τῶν αἱμορροϊδῶν των διὰ σκληρυντικῶν ἐνέσεων.

Ἡ πρώτημος διάγνωσις τοῦ καρκίνου τοῦ ὀρθοῦ προσκρούει εἰς πολλὰ ἀπλᾶ αἷτια. Ἐκ μέρους τοῦ ἀρρώστου ἡ συστολή, ἣν αἰσθάνεται προκειμένου περὶ νοσήματος τοῦ ὀρθοῦ. Ὁ ἰατρός ὁμῶς φέρει τὴν μεγαλύτεραν εὐθύνην. Καὶ τοῦτο διότι θέτει εὐκόλως τὴν διάγνωσιν τῆς κωλίτιδος, τὴν διάγνωσιν, ἰδίως, τῆς ἀμοιβαδώσεως, ἣτις διάγνωσις ἔχει φονεύσει καὶ φονεύει καθημερινῶς μέγα ἀριθμὸν ἀρρώστων.

Ἡ διάγνωσις αἱμορροϊδῶν εἶναι τὸ ἕτερον μέγα ἐμπόδιον. Τίθεται συχνὰ παρουσίᾳ μικροῦ πόνου, παρουσίᾳ ἰδίως ὀλίγων σταγόνων αἵματος, ἀνεξελέγκτως, ἄνευ κανὸς ἀπλῆς πρωκτοσκοπήσεως ἢ καὶ δακτυλικῆς ἐξετάσεως. Καὶ ἐπακολουθεῖ πολὺμηνος θεραπεία. Ἀλλὰ καὶ ἐάν διαπιστωθῶν αἱμορροϊδες, τοῦτο κάθε ἄλλο παρὰ ἀποκλείει τὴν ὑπαρξιν καρκίνου, δεδομένου ὅτι συχνότατα συνυπάρχουν, οὕτως ὥστε ἡ διαπίστωσις των νὰ ἐπιβάλλῃ λεπτομερῆ ἐξέτασιν ὀλοκλήρου τοῦ ὀρθοῦ.

Ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἀμοιβάδωσιν καὶ αὕτη δυνατόν νὰ συνυπάρχῃ μὲ καρκίνον τοῦ ὀρθοῦ (βλ. κεφ. Ἀμοιβάδωσις). Μία, ἐπομένως, θετικὴ δι' ἀμοιβάδας ἐξέτασις κοπράνων δὲν θέτει ὀριστικὴν διάγνωσιν ἀποκλείουσιν τὸν καρκίνον, ἢ πιθανὴ ὑπαρξιν τοῦ ὀρθοῦ πρέπει νὰ γίνῃ ἔμμονος ἰδέα εἰς τὸν ἰατρὸν καὶ νὰ τὸν προτρέψῃ εἰς τὴν συστηματικὴν ἔρευναν. Θὰ πρέπη δὲ πρὸς τούτοις νὰ ἐννοήσωμεν καὶ νὰ πεισθῶμεν ἅπαντες, ὅτι καὶ τὸ πλέον ἀσήμαντον ἐνόηλημα ἐκ τοῦ ὀρθοῦ, μία σταγὼν αἵματος, μία ἀπλῆ καὶ ἀποτόμως ἐγκαθισταμένη δυσκοιλίότης κλπ., δυνατόν νὰ ἐρμηνεύουν τὴν

ὑπαρξιν καρκίνου τοῦ ὄρθου. Τότε καί μόνον τὸ πρόβλημα τῆς πρωΐμου διαγνώσεως τοῦ καρκίνου τοῦ ὄρθου θά εὔρη, εἰς τὰς περισσοτέρας τῶν περιπτώσεων, τὴν λύσιν του.

Εἶπομεν ὅτι αἱ κλινικαὶ ἐκδηλώσεις τοῦ καρκίνου τοῦ ὄρθου ποικίλλουν. Πολὺ συχνὰ αὗται εἶναι τελείως ἀβληχραὶ, συνιστάμεναι εἰς ἓν ἀπλοῦν ἐντερικὸν σύνδρομον, ὁπότε θά πρέπη νὰ σκεφθῆ τις τὸν καρκίνον. Ἄλλοτε ὁ καρκίνος ἔχει ὡς πρώτην ἐκδήλωσιν κάποιαν ἐντερικὴν διαταραχὴν, δυσκοιλιότητα ἢ ἐπίμονον διάρροϊαν, δύο καταστάσεις αἰτινες ἐναλλάσσονται, χωρὶς νὰ συνοδεύωνται ἀπὸ πόνους ἢ προσβολὴν τῆς γενικῆς καταστάσεως. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς θά ἐρευνήσωμεν, ἐάν τὸ σύμπτωμα τοῦτο εἶναι πρόσφατον καὶ ἐνεφανίσθη αἰφνιδίως, ἐάν παρά τὴν θεραπείαν ἐπιμένῃ χωρὶς ν' ἀνευρίσκειται ἓν οἰονδήποτε αἷτιον. Ἡ λεπτομερὴς λήψις τοῦ ἱστορικοῦ πιθανόν ν' ἀποκαλύψῃ τὴν συνύπαρξιν ἀβληχροῦ τινος πρωκτικοῦ συνδρόμου, τεινεσμοῦ κ.ο.κ.

Εἰς ἄλλας περιπτώσεις τὰ συμπτώματα εἶναι πλέον σαφῆ. Οὕτως εἰς τὰς ἡμετέρας προαναφερθεῖσας περιπτώσεις, ἡ νόσος ἐξεδηλώθη διὰ τῶν κάτωθι συμπτωμάτων, κατὰ σειρὰν συχνότητος: αἰσθημα ψευδοῦς ἀφοδεύσεως, ἀποβολὴ αἵματος, τεινεσμός, πόνος κατὰ τὸν πρωκτόν, δυσκοιλιότης, εὐκοιλιότης. Δέον ὁμῶς νὰ σημειωθῆ, ὅτι τὸ ἓν σύμπτωμα ταχέως διεδέχето τὸ ἕτερον. Εἰς δύο τῶν περιπτώσεών μας ἡ νόσος ἐξεδηλώθη ὑπὸ μορφήν μεγάλης ἐντερροραγίας, διὰ δὲ τὴν μίαν ἀπητήθησαν πολλαπλαῖ μεταγγίσεις αἵματος πρὶν ἢ καταστῆ δυνατὴ ἡ ἐξέτασις.

Δυνάμεθα, ἐπομένως, νὰ κατατάξωμεν τὰ κυριώτερα συμπτώματα τοῦ καρκίνου τοῦ ὄρθου ὡς ἑξῆς:

α) Αἰσθημα ψευδοῦς ἀφοδεύσεως. Σύμπτωμα ἐξαιρετικῆς σημασίας, ἐκδηλούμενον πολλάκις ὑπὸ ἀβληχρὰν μορφήν. Πρόκειται περὶ ἐπιτακτικῆς ἀνάγκης ἀφοδεύσεως, πολλάκις τῆς ἡμέρας ἢ καὶ συνεχῶς, ἣτις συχνότατα καταλήγει εἰς τὴν ἀποβολὴν ἐλαχίστης ποσότητος κοπράνων ἢ βλέννης ἢ μόνον ὀλίγων ἀερίων, χωρὶς πάντοτε ταῦτα ν' ἀνακουφίζουν καὶ τὸν ἄρρωστον. Τὸ πρωκτικὸν τοῦτο σύνδρομον δέον πάντοτε νὰ κινῆ τὰς ὑποψίας διὰ καρκίνου, ἐπιβάλλει δὲ τὴν ἄμεσον δακτυλικὴν ἐξέτασιν καὶ ὀρθοσκόπησιν.

β) Ἡ αἱμορραγία εἶναι πάντοτε ἐξαιρετικῶς ὑποπτος, ἂν καὶ δύναται ἐπὶ μακρὸν νὰ ἐλλείπῃ. Τὸ αἷμα εἶναι ἄλλοτε μὲν ἐρυθρὸν καὶ εἰς μικρὰν ποσότητα, ἀλλὰ συχνὰ ἀποβαλλόμενον, ἄλλοτε δὲ μέλαν, λόγῳ τῆς παραμονῆς του ἐντὸς τοῦ ὄρθου. Ἀποβάλλεται εἴτε συνεχῶς εἴτε κατ' ἀραιὰ χρονικὰ διαστήματα, ὁπότε καὶ ἀπο-

ρίως τὴν προσθίαν ἐπιφάνειαν, τὴν ὀπισθίαν καὶ τὴν ἀριστεράν τοῦ ὀρθοῦ.

— Θέσιν ὑπίαν, μὲ πλήρη κάμψιν τῶν μηρῶν πρὸς τὴν κοιλίαν. Συνδυάζεται μετὰ συγχρόνου ψηλαφήσεως τῆς κοιλίας, διὰ τῆς ὁποίας ἀπωθεῖται πρὸς τὰ κάτω ἡ ἐντερικὴ μάζα. Δυνάμεθα οὕτω νὰ ψηλαφήσωμεν ὄγκον τοῦ σιγμοειδοῦς, ὅστις ἔχει ἀπωθηθῆ εἰς τὸν Δουγλάσσειον. Ἡ στάσις αὕτη ἐπιτρέπει τὴν ἔρευναν τῆς προσθίας καὶ δεξιᾶς ἐπιφανείας τοῦ ὀρθοῦ.

Ἡ δακτυλικὴ ἐξέτασις θὰ εἶναι προσδευτικὴ καὶ ἡπία, θὰ ἐρευνεῖ δὲ τμηματικῶς τὸ ὄρθον, ἐνῶ παρακινούμεν συγχρόνως τὸν ἄρρωστον νὰ προσπαθήσῃ νὰ κενωθῆ, διότι οὕτω ψηλαφῶμεν ὕψηλās μοίρας.

Εἰς τὴν γυναῖκα ἡ δακτυλικὴ ἐξέτασις θὰ συμπληρωθῆ καὶ διὰ κολπικῆς τοιαύτης, ὡς καὶ διὰ τῶν δύο συγχρόνως, οὕτως ὥστε νὰ μελετηθοῦν αἱ σχέσεις ὀρθοῦ καὶ γεννητικῶν ὀργάνων, ὡς καὶ αἱ πιθαναὶ διηθήσεις ἢ μεταστάσεις.

Εὐρήματα: Παρὰ τὴν ἀβληχρότητα τῶν κλινικῶν σημείων, ἡ δακτυλικὴ ἐξέτασις ἀποκαλύπτει πολλάκις τὴν ὑπαρξίν δυσαναλόγου βλάβης. Ὡς ἐκ τούτου δὲν δυνάμεθα νὰ εἰπώμεν, ὅτι τὰ αὐτὰ κλινικὰ σημεία εἰς δύο διαφορετικούς ἀρρώστους ἀντιστοιχοῦν εἰς τὰ αὐτὰ παθολογο-ανατομικὰ εὐρήματα.

Ἡ δακτυλικὴ ἐξέτασις θ' ἀποκαλύψῃ τὰς κλασσικὰς παθολογοανατομικὰς μορφὰς τοῦ καρκίνου τοῦ ὀρθοῦ:

— **Μορφὴ ὑπερπλαστικῆ, κραιβοειδοῆς.** Ψηλαφᾶται ἐν ἔπαρμα προέχον ἐντὸς τοῦ αὐλοῦ, εἰς ἀπόστασιν 3—4 ἐκ., σκληρόν, φέρον αὐλακας ἐν εἴδει «λωβίου ὠτός», ἀνώμαλον, ἐνίοτε λειόν. Καταλαμβάνει συνήθως τὴν προσθίαν ἐπιφάνειαν τοῦ ὀρθοῦ, ἐπεκτείνόμενον ἡμικυκλικῶς πρὸς τὴν μίαν ἢ καὶ τὰς δύο πλαγίας ἐπιφανείας. Ὁ δάκτυλος ὑπερπηδᾷ τὸ ἐμπόδιον τοῦτο, ὁπότε συναντᾷ ἓνα κρατῆρα ὀφειλόμενον εἰς τὴν ἐξέλκωσιν, ἣτις περιβάλλει τὸ ἔπαρμα, καὶ τῆς ὁποίας ὁ πυθμὴν εἶναι ἀνώμαλος, κοκκώδης, ὀλόκληρος δὲ ἡ βάσις σκληρὰ μὲ ἀσαφή ὄρια. Ὁ ὄγκος οὗτος αἰμορραγεῖ.

Εἰς ἄλλας περιπτώσεις πρόκειται περὶ ἀμιγοῦς κραιβοειδοῦς ὄγκου, ὅστις κατὰ τὴν δακτυλικὴν ἐξέτασιν δίδει τὴν ἐντύπωσιν τραχήλου μήτρας, ἐνῶ ἄλλοτε προσλαμβάνει τὴν μορφήν μισχωτοῦ ἢ ἀμίσχου πολυαδενώματος. Ἡ ὑπερπλαστικὴ αὕτη μορφή εἶναι καὶ ἡ πλέον συνήθης.

— Ἡ ἐλκώδης μορφή εἶναι σπανιωτέρα καὶ δυσχερεστέρας

2. Ὁρθοσκοπήσις. Αὕτη θά συμπληρώσῃ ἀπαραιτήτως τὴν δακτυλικὴν ἐξέτασιν, χάρις εἰς τὴν ὁποῖαν γνωρίζομεν ἤδη ποῦ εὐρίσκεται ὁ ὄγκος ἢ τὸ ὑναντίον, ὑποπευόμενοι τοῦτον, θά τὸν ἀναζητήσωμεν ὑψηλότερον. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς ἡ ὀρθοσκοπήσις εἶναι καὶ τὸ μόνον εἰς χεῖρας μας μέσον διαγνώσεως, τὸ ἐπιτρέπον συγχρόνως καὶ τὴν βιοψίαν.

Καλῶς ἐκτελουμένη, εἶναι μέθοδος τελείως ἀκίνδυνος καὶ ἀνώδυνος. Μέχρι σήμερον ἔχομεν ὑπερβῆ κατὰ πολὺ τὸν ἀριθμὸν τῶν δέκα χιλιάδων ὀρθοσκοπήσεων. Οὐδέποτε ἔσχομεν τὸ παραμικρὸν ἀτύχημα, οὐδεμίαν δὲ ἄρνησιν συνηγήσαμεν ἐκ μέρους οἰουδήποτε ἀρρώστου, ἀνεξαρτήτως φύλου, ἐπαγγέλματος καὶ ἡλικίας — καὶ αὐτὰ τὰ μικρὰ παιδιὰ σπανίως προβάλλουν ἐπίμονον ἄρνησιν.

Κάθε, ἐπομένως, ἐνδοιασμός τοῦ ἰατροῦ πρὸς τὴν ἐξέτασιν ταύτην εἶναι τελείως ἀδικαιολόγητος, ὅπως καὶ ἀσυγχώρητος κάθε ἀποστροφή πρὸς τὴν δακτυλικὴν ἐξέτασιν.

Τεχνική. Χρησιμοποιοῦμεν ἐν τῶν συνήθων ὀρθοσκοπίων εἴτε τύπου *Bensoude* εἴτε οἰουδήποτε ἄλλου τύπου, διαφόρων μηκῶν, ἀπὸ 10 ἕως 35 ἐκ. Τὸ πλέον σύνηθες ἔχει μήκος 25 ἐκ. καὶ εὖρος 1,5—2,5 ἐκ. περίπου.

Ἄρκετοί, οἱ Ἀγγλοσάξωνες κυρίως, δὲν προβαίνουν εἰς προηγουμένην προετοιμασίαν τοῦ ἀρρώστου καὶ μόνον ἐάν τὸ ἔντερον εἶναι πεπληρωμένον ἐπαναλαμβάνουν τὴν ἐπομένην τὴν ἐξέτασιν. Εἶναι γεγονός ὅτι, εἰς τινὰς περιπτώσεις, καὶ ὑπὸ τοὺς ὄρους τούτους εἶναι δυνατὴ ἡ ὀρθοσκοπήσις, πολλάκις δέ, εἰς ἐπειγούσας περιπτώσεις, ἔχομεν ὀρθοσκοπήσει ἀρρώστους ἄνευ προετοιμασίας καὶ μὲ καλὰ ἀποτελέσματα. Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ὅμως οἱ τοπικοὶ ὄροι ἐμποδίζουν τὴν λεπτομερῆ ἔρευναν ὀρθοῦ — σιγμοειδοῦς καὶ δυνατὸν ν' ἀποκομίσωμεν ἐσφαλμένα συμπεράσματα.

Ὡς ἐκ τούτου, πρὸ ἐκάστης ὀρθοσκοπήσεως, προετοιμάζομεν τὸν ἄρρωστον ὡς ἀκολουθῶς: Τὴν παραμονὴν τῆς ἐξετάσεως γίνεται τὸ ἑσπέρας, πρὸ τῆς κατακλίσεως, ὑποκλυσμός καθαριότητος δι' ἐνός λίτρου περίπου χλιαροῦ ὕδατος. Ἐν συνεχείᾳ λήψις *per os* 15 — 20 σταγόνων λαυδάνου. Τὴν ἐπομένην, τέσσαρας ὥρας πρὸ τῆς ἐξετάσεως, ἐπαναλαμβάνονται τὰ αὐτὰ.

Ἡ καλλιτέρα στάσις, ἡ ἐπιτρέπουσα ἐξέτασιν εὐκόλον, ἀνώδυνον καὶ ἀποτελεσματικὴν εἶναι, ἀναμφισβητήτως, ἡ **γ ο υ ο σ τ η ρ ι κ ῆ**: ἐπὶ ὑψηλῆς σχετικῶς τραπέζης, σκληρᾶς, ὁ ἄρρωστος στηρίζεται ἐπὶ τῶν γονάτων του, οἱ ἀγκῶνες πλησίον τούτων καὶ ἡ κεφαλὴ πλαγίως ἐπὶ τῆς τραπέζης, ἐνῶ κάμπτεται ἡ ὀσφυϊκὴ μοῖρα

διαγράφουσα καμπύλην, με τὸ κυρτὸν πρὸς τὴν κλίνην καὶ προτεταμένους τοὺς γλουτοὺς. Ἡ στάσις αὕτη ἐπιτρέπει ὀρθοσκόπησιν εἰς βάθος, διότι διευκολύνει τὴν ἔκτασιν τοῦ σιγμοειδοῦς.

Εἷς τινὰς περιπτώσεις, λόγῳ τῆς βαρῦτητος τῆς νόσου, τῆς ἐξαντλήσεως τοῦ ἄρρωστου, ἥτις τὸν ἐμποδίζει νὰ καταλάβῃ τὴν ὡς ἄνω στάσιν, ἡ ὀρθοσκόπησις δύναται νὰ λάβῃ χώραν εἰς θέσιν Trendelenburg ἢ εἰς στάσιν κυστεοσκοπήσεως. Ἡ στάσις αὕτη ἐπιτρέπει, ἐπὶ πλέον, τὴν πληρεστέραν ἔρευναν τῆς ὀπισθίας ἐπιφανείας—τῆς ἱερᾶς—τοῦ ὀρθοῦ, ἥτις δὲν διακρίνεται εὐχερῶς κατὰ τὴν γονοστηθικὴν. Ἄλλοι προτιμοῦν τὴν ἀριστερὰν πλαγίαν θέσιν, κατὰ τὴν ὁποίαν ὁ ἄρρωστος ἀναπαύεται ἐπὶ τῆς ἀριστερᾶς πλευρᾶς, οἱ γλουτοὶ προβάλλουν ἔξω τῆς κλίνης με τεταμένον τὸ κάτω ἀριστερὸν ἄκρον καὶ κεκαμμένον τὸ δεξιόν.

Ἐπὶ τῆς ἐπίσης εἰδικαί τράπεζαι, αἵτινες λαμβάνουν διαφόρους κλίσεις. Ὁ ἄρρωστος ἐξαπλοῦται ἐπὶ τῆς τραπέζης ταύτης, ἥτις κάμπτεται κατ' ὀρθὴν γωνίαν καὶ ἀναστρέφεται, οὕτως ὥστε ὁ ἄρρωστος χωρὶς νὰ στηρίζεται ἐπὶ τῶν γονάτων του, ἀλλὰ ἐξηπλωμένος ἐπὶ τῆς κοιλίας του, ἔχει μολαταῦτα λάβει τὴν ἀνάλογον γονοστηθικὴν στάσιν.

Πρὸ τῆς ὀρθοσκοπήσεως σπανιώτατα θ' ἀπαιτηθῇ τοπικὴ ἀναισθησία. Θὰ ἔρευνηθῇ λεπτομερῶς ἡ πρωκτικὴ καὶ περι-πρωκτικὴ χώρα, διὰ τὴν τυχόν ὑπαρξιν ραγάδων, συριγγίων κλπ. Τὸ ὀρθοσκόπιον μετὰ τοῦ ἐμβόλου, ὅπερ τὸ ἀποφράσσει καὶ ὑπερέχει τούτου, θὰ θερμανθῇ ἐλαφρῶς καὶ θὰ ἐπαλειφθῇ με ἄφθονον βαζελίνην. Ἐν συνεχείᾳ πιέζομεν, διὰ τούτου, ἐλαφρῶς τὸν πρωκτὸν ὀριζοντίως καὶ ἐκ τῶν ὀπισθεν πρὸς τὰ ἔμπροσθεν, ἄνευ σπασμωδικῶν ἢ διακεκομμένων κινήσεων. Εἰς περίπτωσιν μεγάλης ἀντιστάσεως, μία ἐλαφρὰ μάλαξις τῆς περινεο—πρωκτικῆς χώρας προκαλεῖ συνήθως χάλασιν τοῦ σφιγκτήρος.

Εἰς δεδομένην στιγμήν ἀντιλαμβανόμεθα ὅτι ἡ ἀντίστασις ὑποχωρεῖ καὶ τὸ ὀρθοσκόπιον, ὡς νὰ ὑπερникᾷ κάποιον ἐμπόδιον, εἰσέρχεται ἐντὸς τοῦ πρωκτοῦ. Θὰ προωθῆσωμεν 2-3 ἐκ. εἰσέτι καὶ κάθε τυφλὴ πλέον προώθησις ἀπαγορεύεται. Θ' ἀντικαταστήσωμεν τὸ ἔμβολον διὰ τῆς εἰδικῆς συσκευῆς, ἥτις φέρει καὶ τὸ φῶς, τότε δὲ μόνον θὰ προχωρήσωμεν με τὸν ὀφθαλμὸν προσκεκολλημένον, οὕτως εἰπεῖν, ἐπὶ τοῦ εἰδικοῦ φακοῦ.

Ἡ ἐξερύνησις τῆς ληκώθου εἶναι συνήθως εὐχερῆς, θὰ περιλαμβανῇ δὲ τὴν λεπτομερῆ ἐξέτασιν ὄλων τῶν ἐπιφανειῶν, τῶν πτυχῶν, τῶν βαλβίδων. Θὰ παρατηρήσωμεν τὴν χροιάν τοῦ βλεννογόνου, τὴν διάταξιν τῶν ἀγγείων. Θὰ προχωρήσωμεν οὕτω βρα-

δέως μέχρις ἀποστάσεως 12 · 15 ἐκ., ὁπότε πλησιάζομεν τὴν ὀρθοσιγμοειδικὴν καμπήν. Τοῦτο εἶναι καὶ τὸ μόνον σημεῖον, τὸ ὁποῖον παρουσιάζει δυσχερείας. Ἐνίοτε δὲν ἀνευρίσκειται εὐκόλως. Θ' ἀναζητηθῆ μεθ' ὑπομονῆς, βοηθοῦμεθα δ' ἐν ἀνάγκῃ εἰς τοῦτο δι' ἐλαφρᾶς ἐμφυσήσεως ἀέρος, ὑψηλά, δεξιὰ ἢ ἀριστερά, ὁπότε διανοίγεται ὁ ἐντερικὸς αὐλός. Ἀφοῦ εἰσέλθωμεν εἰς τὸ σημεῖον τοῦτο, θὰ πρέπει τὸ ὀρθοσκόπιον ν' ἀλλάξῃ κατεύθυνσιν. Ἐκ τῶν ἐμπροσθεν καὶ πρὸς τὰ ἄνω, θὰ στραφῶμεν ἐμπρὸς καὶ κάτω καὶ ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ἀριστερὰ τοῦ ἀσθενοῦς. Εἶναι ὁ πλέον δυσχερῆς χειρισμὸς, ὁ μόνος δυσάρεστος, ἐνίοτε δὲ καὶ ἐπώδυνος. Σπανίως ὁ πόνος εἶναι τόσο ἐντονός, ὥστε ν' ἀναγκασθῶμεν νὰ διακόψωμεν τὴν ἐξέτασιν. Ἐπ' οὐδενὶ λόγῳ πρέπει νὰ ἐπιμείνωμεν ὁσάκις ἡ διάβασις ἐμφανίζεται δυσχερῆς καὶ ἐπώδυνος, διότι κινδυνεύομεν εἴτε νὰ προκαλέσωμεν διάτρησιν τοῦ ἐντέρου εἴτε ρῆξιν συμφύσεων ἢ τοῦ μεσεντερίου, ὅπερ εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς εἶναι βραχύ. Κάθε περαιτέρω ἀπόπειρα, ἰδίως ἐκ μέρους πρωτοπειρῶν, ἀπαγορεύεται. Σπανίως ὁμως, ἐπαναλαμβάνομεν, θὰ εὐρεθῶμεν πρὸ τοιούτων δυσχερειῶν.

Ἀφοῦ διέλθωμεν τὸ σημεῖον αὐτό, ἡ περαιτέρω ἐντὸς τοῦ σιγμοειδοῦς προώθησις τοῦ ὀρθοσκοπίου δὲν ἐμφανίζει πλέον δυσχερείας, εἰς τὰς φυσιολογικὰς περιπτώσεις, ἐκτὸς ἐὰν εὐρεθῶμεν πρὸ ἀνατομικῆς βλάβης, ὅπως στενώσεως, ὄγκου κλπ. Δυνάμεθα οὕτω νὰ φθάσωμεν καὶ πέραν τῶν 35 ἐκ. Ἡ ἐξέτασις ὁμως δὲν ἔτερματίσθη. Κατὰ τὴν βραδείαν ἐξαγωγήν τοῦ ὀρθοσκοπίου ἢ προσοχὴ μας θὰ ἐνταθῆ ἔτι περισσότερο, διότι τότε πολλακίς θ' ἀποκαλυφθοῦν ἀλλοιώσεις, αἵτινες μᾶς εἶχον διαφύγει κατὰ τὴν προώθησίν του.

Κατὰ τὴν φάσιν τῆς ἐξαγωγῆς θὰ γίνῃ ἡ βιοψία, ἡ λήψις ἐκκρίματος, ἢ ἀπόξεσις ἐξελεκῶσεων κλπ.



Ἡ ὀρθοσκόπησις θὰ μᾶς ἐπιτρέψῃ νὰ ἴδωμεν τὸν καρκίνον, τὸν ὁποῖον, ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον, ἔχομεν ἤδη διαγνώσει διὰ τῆς δακτυλικῆς ἐξετάσεως.

— Ὁ κρμβοειδῆς ὄγκος ἔχει χαρακτηριστικὴν ὄψιν : ποικίλου μεγέθους—ἀπὸ πίσου μέχρι πορτοκαλλίου—, ἀνώμαλος, χροιάς ἐντόνως ἐρυθρᾶς, πολυλοβώδης, μὲ ἐπιφάνειαν ἐνίοτε αὐτομάτως αἰμάσσουσαν, εὐθρυπιτός, ὥστε διὰ τῆς πιέσεως τοῦ ὀρθοσκοπίου ν' ἀποσπῶνται τεμάχια, ἅτινα θὰ μᾶς χρησιμεύσουν διὰ τὴν ἱστολο-

γικήν εξέτασιν. Ἡ βάσις τοῦ ὄγκου εἶναι λίαν σκληρά καὶ ἐμποδίζει τὴν προώθησιν τοῦ ὀρθοσκοπίου.

Ἄλλοτε πάλιν ἐμφανίζεται ὡς πολύπους ἐξηλωμένος, ἀφθόως αἰμάσσω. Εἰς ὄλας αὐτάς τὰς περιπτώσεις τὸ ὀρθοσκόπιον συναντᾷ δυσχέρειαν εἰς τὸ νὰ ὑπερπηδῆσῃ τὸν ὄγκον. Ὁ ἔχων πεῖραν αἰσθάνεται, χωρὶς κἂν νὰ βλέπῃ τοῦτο, νὰ ὑπερπηδᾷ ἐν ἐμπόδιον σκληρόν, κατὰ δὲ τὴν ἐπαφὴν μετὰ τούτου προκαλεῖται χαρακτηριστικὸς τριγμός, ὡς ἐὰν τέμνεται χόνδρος.

Κατὰ τὴν ὀρθοσκόπησιν ἔχομεν παρατηρήσει πολλάκις, εἰς περιπτώσιν ἀνθο—κραμβοειδοῦς ὄγκου, ὅτι ἐνῶ διακρίνεται καλῶς ὁ ἐντερικὸς αὐλὸς καὶ εἶναι εὖρους ἀρκετοῦ, ὥστε νὰ ἐπιτρέπῃ εὐχερῶς τὴν διόδον τοῦ ὀρθοσκοπίου, μολαταῦτα αὕτη δὲν εἶναι κατορθωτή, παρὰ τὰς προσπάθειάς μας, ἢ ἐπιτυχάνεται τελικῶς μὲ κίνδυνον ρήξεως. Τὸ φαινόμενον τοῦτο βλέπομεν, ἐκ τῶν ὑστέρων, περιγραφόμενον καὶ ὑπὸ τῶν Rachei καὶ Bussop ὡς «παράδοξον φαινόμενον». Ἐπαναλαμβάνομεν ὅτι εἶναι χαρακτηριστικόν καὶ τὸ παρατηρήσαμεν μόνον εἰς περίπτωσιν καρκίνου. Ὁφείλεται πιθανῶς ταῦτα εἰς μεγάλην διήθησιν, καρκινωματώδη καὶ φλεγμονώδη, τῶν ἰστῶν.

— Ἡ ἐλκώδης μορφή διαγιγνώσκεται δυσχερέστερον. Θὰ παρατηρήσωμεν ἐξέλκωσιν ὡσειδῆ ἢ στρογγύλην, μὲ χεῖλη κάθετα, τὰ ὁποῖα, λίαν σκληρά, δυνατόν νὰ περιφράσσουν τὴν ἐξέλκωσιν, ὁ πυθμὴν τῆς ὁποίας, ἐπίσης σκληρός, καλύπτεται ὑπὸ φαιᾶς καὶ ρυπαρᾶς ψευδο - μεμβράνης.

— Ἡ διηθητικὴ μορφή θὰ διαγνωσθῇ σχεδὸν μόνον διὰ τῆς δακτυλικῆς ἐξετάσεως. Κατὰ τὰ πρώιμα στάδια εἶναι δυσχερῆς ἢ ἐκτίμησις τῆς ἐκτάσεως τῆς διηθήσεως, μὲ τὸν φυσιολογικὸν ἢ ἐλαφρῶς συμφορητικὸν καὶ προβάλλοντα κάπως βλεννογόνον. Μόνον μεταγενεστέρως ὁ βλεννογόνος καταστρέφεται, ἐξελκοῦται καὶ διακρίνεται μία ζώνη κοκκιώδης, αἰμάσσουσα καὶ σκληρὰ κατὰ τὴν πῆσιν τοῦ ὀρθοσκοπίου.

Εἰς τοὺς μεγάλους ὄγκους, τοὺς ἔχοντας καταλάβει καὶ σχεδὸν ἀποφράξει τὸν ἐντερικὸν αὐλόν, ἡ διάγνωσις εἶναι εὐχερῆς καὶ ὀμιλεῖ ἀφ' ἑαυτῆς. Ὁ ἐντερικὸς αὐλὸς ἔχει διαδραμὴν ἀνώμαλον, δαιδαλώδη, παρατηροῦνται δὲ πολλαπλοὶ ὄζοι αἰμάσσοντες, εὐθρυπτοὶ Ὁ βλεννογόνος εἶναι καθ' ὀλοκληρίαν ἐξηλωμένος καὶ αἰμορραγεῖ.

Ἐν περιλήψει, δύο σημεῖα χαρακτηρίζουν τὸν καρκίνον :

α) ή σανιδώδης σκληρία, και β) ή αιμορραγία ἄμα τῆ ἀπλῆ ἐπαφῆ τοῦ δακτύλου ἢ τοῦ ὀρθοσκοπίου.

Ἡ βιοψία εἶναι ἀπαραίτητος :

Εὐχερῆς εἰς τοὺς ἀνθοκραμβοειδεῖς ὄγκους, σχετικῶς δυσχερῆς εἰς τὰς ἐλκώδεις μορφάς, ἐξαιρετικῶς δυσχερῆς ἢ καὶ ἀδύνατος ἀκόμη εἰς τὰς διηθητικὰς, ὅπου ἡ εἰδικὴ λαβὴ δὲν δύναται νὰ συλλάβῃ καὶ ν' ἀποκόψῃ τεμάχιον ἀρκετοῦ μεγέθους διὰ τὴν ἱστολογικὴν ἐξέτασιν.

Ἡ ἱστολογικὴ ἐξέτασις ἔχει ἀξίαν ἐφ' ὅσον ἀποβαίνει θετικὴ καὶ τοῦτο, διότι πολλακίς διὰ τῆς λαβίδος δὲν συλλαμβάνομεν τὴν νοσοῦσαν μοῖραν. Ὡς ἐκ τούτου, ἐάν ἡ κλινικὴ εἰκὼν συνηγορῇ ὑπὲρ τοῦ καρκίνου, ἡ βιοψία θὰ ἐπαναληφθῆ, θὰ ληφθοῦν δὲ τεμάχια ἐκ διαφόρων μοιρῶν τῆς ὑπόπτου βλάβης. Εἰς πλείστας ὡσὰς ἡμετέρας περιπτώσεις ἡ ἱστολογικὴ ἐξέτασις ἔδιδεν ἀρνητικὰς ἀπαντήσεις. Βασιζόμενοι ὅμως εἰς τὴν κλινικὴν καὶ ὀρθοσκοπικὴν εἰκόνα, ἐχειρουργήσαμεν τοὺς ἀρρώστους αὐτοὺς. Ἡ ἐν συνεχείᾳ γενομένη ἱστολογικὴ ἐξέτασις—ἐπὶ τοῦ χειρουργικοῦ πλέον παρασκευάσματος—πάντοτε μᾶς ἐδικαίωσεν.

ΚΛΙΝΙΚΑΙ ΜΟΡΦΑΙ

Α' Συμπτωματικαί. Ἀναλόγως τοῦ ἐπικρατοῦντος συμπτώματος ὅπερ ὑποδεικνύει βλάβην τοῦ ὀρθοῦ :

— Εἰλεός, σπάνιος εἰς περίπτωσιν καρκίνου τοῦ ὀρθοῦ.

— Δυσεντεροειδὲς σύνδρομον. Θὰ ὑποπτευθῶμεν πάντοτε τὸν καρκίνον τοῦ ὀρθοῦ, ἀκόμη καὶ ὅταν ὁ ἄρρωστος ἀναφέρῃ εἰς τὸ ἀναμνηστικόν του ἀνάλογα ἐπεισόδια ἢ ἄλλοτε ἐξακριβωθείσαν βακτηριδικὴν ἢ ἀμοιβαδικὴν δυσεντερίαν.

— Δυσκοιλιότης ἀποτόμως ἐγκαθισταμένη.

Συμπτώματά τινα ἀπομακρύνουν ἀπὸ τὴν διάγνωσιν τοῦ καρκίνου :

— Ἀναιμία, ἀγνώστου αἰτιολογίας.

— Πυρετός.

Β' Μορφαί ἀναλόγως τῆς ἐξελίξεως. α) Λανθάνουσαι μορφαί : Ἀποκαλύπτονται τὸ πρῶτον λόγῳ μεταστάσεως: ἡπατικῆς, περιτοναϊκῆς, ὀστικῆς.

β) Μορφαί ταχείας ἐξελίξεως : Παρατηροῦνται κυρίως εἰς τὰ νέα τὴν ἡλικίαν ἄτομα.

— Χαρακτηρίζονται ἐκ τῆς βραδείας ἀρχικῆς φάσεως.

— Έκ τῆς ταχυτάτης, ἐν συνεχείᾳ, ἐξελιξεῶς των, μὲ ταχυτάτην προσβολὴν τῶν λεμφογαγγλίων καὶ τῶν συχῶν μετεγχειρητικῶν ὑποτροπῶν.

Τὸ νέον τῆς ἡλικίας ἐπ' οὐδενὶ λόγῳ ἀπορρίπτει τὴν διάγνωσιν τοῦ καρκίνου, ὡσὰκις ἤθελε διαπιστωθῆ εἴτε δακτυλικῶς εἴτε ὀρθοσκοπικῶς εἰς ὄγκος σκληρός. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς ἐπιβάλλεται ἀμέσως ἡ βιοψία ἐν πλήρει ὄγκῳ.

Γ' Αἰτιολογικαὶ μορφαί. Θ' ἀναζητηθῆ ἡ πιθανὴ αἰτιολογία, ὅπως ἐξαλλαγὴ πολυπόδος, πολυποδίασις, λαχνοειδεῖς ὄγκοι, αἱμορραγικὴ ὀρθοκωλίτις, χρονία φλεγμονὴ τοῦ ὀρθοῦ κ.λ.π.

Ἐπιβάρυνται δὲ ἐπί τῶν ὀρθῶν ἡ διάμετρος δὲν ὑπερβαίνει τὸ $1/2 \cdot 1$ ἐκ. Ἡ ἀνακάλυψις των εἶναι δυσχερὴς, ἐπιβάλλονται δὲ, ἐνίοτε, πολλαπλαῖ βιοψίαι. Ἰστολογικῶς πρόκειται περὶ ἀμιγῶν βλενωδῶν καρκίνων.

Δέον ἐπίσης νὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν τοὺς δευτεροπαθεῖς καρκίνους τοῦ ὀρθοῦ.

— Οὔτοι δυνατόν νὰ προέρχωνται ἐκ πρωτοπαθοῦς τινος καρκίνου τοῦ στομάχου καὶ ἐδράζονται ἐντὸς τοῦ Δουγλασσείου, ἐπὶ τῆς προσθίας ἐπιφανείας τοῦ ὀρθοῦ.

— Οἱ δευτεροπαθεῖς, ἐκ καρκίνου τοῦ ἐντέρου, ἔχουν τὴν αὐτὴν ἔδραν, ἐπεκτείνονται ὁμοίως πρὸς τὰς πλαγίας ἐπιφανείας ἢ περιβάλλουσι τὸ ὄρθον. Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις τοῦ πεπτικοῦ σωλήνος θ' ἀποκαλύψῃ τὸν πρωτοπαθεῖ καρκίνον.

— Ἐξ ἐπεκτάσεως πρὸς τὸ ὄρθον καρκίνου τῆς μήτρας, τῶν γεννητικῶν ὀργάνων.

Δ' Μορφαὶ ἀναλόγως τῆς ἐντοπίσεως. α) Καρκίνος τοῦ ὀρθο—σιγμοειδοῦς: Ἐδράζεται ἐπὶ τοῦ σημείου ἐνώσεως ὀρθο—σιγμοειδοῦς, ἤτοι εἰς βάθος 15 ἐκ. περίπου ἀπὸ τοῦ σφιγκτήρος. Πρόκειται, ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον, περὶ διηθητικοῦ καρκίνου, ὅστις περισφίγγει τὴν μοῖραν τοῦ ἐντέρου ἐπὶ τῆς ὁποίας ἀνεπτύχθη.

Ἡ συμπτωματολογία, ἂν καὶ ἐλάχιστα διαφέρει τῆς τοῦ καρκίνου τοῦ ὀρθοῦ, ὑποδεικνύει ἐνίοτε ἐντόπισιν χαμηλά, παρὰ τὸ κόλον.

Οὔτω παρατηρεῖται μία τάσις πρὸς στενωτικὰ φαινόμενα: χρονία ἀπόφραξις ἢ αἰφνίδιος εἰλεός, ὅστις καὶ ἀποκαλύπτει τὴν ὑπαρξίν του.

Ἡ δακτυλικὴ ἐξέτασις δὲν λύει τὸ πρόβλημα. Πιθανὸν νὰ ψη-

λαφήσωμεν τὸν κάτω πόλον τοῦ ὄγκου, ἐάν οὗτος εἶναι μισχωτὸς ἢ προπίπτει ἐντὸς τῆς ληκύθου. Ἄλλοτε, εἰς ὑπίαν θέσιν, μὲ τοὺς μηροὺς κεκαμμένους πρὸς τὴν κοιλίαν, δυνατόν νὰ ψηλαφήσωμεν ὄγκον μέσῳ τοῦ τοιχώματος τοῦ ὀρθοῦ. Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ὁμως ἡ ἐξέτασις αὕτη εἶναι ἀρνητικὴ.

Ἡ ὀρθοσκόπησις εἶναι ἡ μόνη ἐξέτασις, ἣτις θὰ βεβαιώσῃ τὴν διάγνωσιν, ὅταν ὅλαι αἱ ἄλλαι ἀποβαίνουν ἀρνητικαί. Θὰ τὸν ἀποκαλύψῃ ἀφοῦ ὑπερβῶμεν τὴν ὀρθο—σιγμοειδικὴν καμπήν, παρὰ τὴν τελικὴν μοῖραν τοῦ σιγμοειδοῦς. Εἰς τὸ σημεῖον αὐτὸ ἀπαιτεῖται μεγίστη προσοχή, διότι τὸ ὀρθοσκόπιον δυνατόν νὰ ὑπερπηδῆσῃ καὶ νὰ καλύψῃ τὸν ὄγκον. Ὡς ἐκ τούτου πολλακίς μόνον κατὰ τὴν ἔξοδον τοῦ ὀρθοσκοπίου θὰ τὸν παρατηρήσωμεν ἐπὶ τῆς προσθίας ἐπιφανείας, ἐπεκτεινόμενον καὶ πρὸς τὰς πλαγίας τοιαύτας.

Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις δὲν εἶναι πάντοτε σαφὴς καὶ ἀποκαλυπτικὴ. Ἡ ἀκτινοσκοπικὴ παρακολούθησις τῆς—κατόπιν ὑποκλυσμοῦ—σκιεῶς στήλης δεικνύει μίαν στάσιν παρὰ τὴν καμπήν ἢ ἓν εἶδος «δισταγμοῦ» ταύτης, ὅστις ἀκολουθεῖται ἀπὸ μίαν λεπτὴν διάβασιν ἐντὸς τοῦ κόλου.

Ἡ ἐστενωμένη μοῖρα, τὴν ὅποیان ἀποκαλύπτει ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις, καταλαμβάνει συνήθως ὀλόκληρον τὴν περιφέρειαν τοῦ ἐντέρου. Μικρᾶς ἐκτάσεως, δυνατόν νὰ μὴ ὑπερβαῖνῃ τὸ 0,01 μ. Εἰς τὸ σημεῖον αὐτὸ θὰ μελετηθῇ τὸ ἐκμαγεῖον καὶ ἰδίως ἐάν ὁ βλεννογόνος εἶναι φυσιολογικὸς ἢ παρουσιάσῃ ἀλλοιώσεις. Ὑπερθεν τῆς στενώσεως τὸ ἔντερον εἶναι διατεταμένον καὶ ὑπερτονικόν. Αἱ ἀκτινογραφίαι θὰ ληφθοῦν εἰς πλείστας προβολάς, οὕτως ὥστε ν' ἀποτυπωθοῦν αἱ ἀλλοιώσεις καὶ νὰ ἐλεγχθοῦν ἐάν εἶναι ἢ ὄχι μόνιμοι.

Παρουσίᾳ μιᾶς τοιαύτης εἰκόνας θὰ πρέπη ν' ἀποκλείσωμεν τὴν στένωσιν λόγῳ ἔξω—εντερικῆς πίεσεως, ἰδίως ἐξ ὄγκων τῶν γεννητικῶν ὀργάνων, τὴν ἐκκοιλωμάτιτιδα, ἢ ἐκ τῆς ὁποίας φλεγμονῆς προκαλεῖ στενωτικὰ φαινόμενα.

Ἡ διαφορικὴ διάγνωσις μεταξὺ καρκίνου καὶ φλεγμονώδους ὄγκου θὰ βασισθῇ ἐπὶ τῶν ἑξῆς σημείων :

— Εἰς περίπτωσιν καρκίνου : εἰκὼν ἐλλείμματος, βραχείας ἐκτάσεως, 1·4 ἐκ., παρὰ τὸ ὅποιον παρατηρεῖται δαιδαλώδης καὶ ἀνώμαλος διαδρομὴ. Ἡ πτύχωσις τοῦ βλεννογόνου ἔχει ἐξαφανισθῆ. Ὑπερθεν τῆς στενώσεως διάτασις τοῦ ἐντέρου, ἣτις διάτασις προπίπτει ἐπὶ τοῦ ὄγκου.

— Εἰς περίπτωσιν φλεγμονώδους ὄγκου :

ή στένωσις είναι πλέον έκτεταμένη, κεντρική, αί δέ βλεννογόνοι πτυχάι διακρίνονται σχετικῶς ἡλλοιωμένοι.

— Εἰς περιπτώσιν ἐκκολπωμάτων δὲν πρέπει ν' ἀποκλειώμεν τὴν πιθανὴν συνύπαρξιν μὲ καρκίνον. Διὰ τινὰς μάλιστα συγγραφεῖς ταῦτα εὐνοοῦν τὴν ἐμφάνισίν του. Ἡμεῖς ἔσχομεν δύο περιπτώσεις ἐκκολπωματίτιδος, ἐπὶ τῆς ὁποίας ἀνεπιτύχθη μεταγενεστέρως καρκίνος.

Δραττόμεθα τῆς εὐκαιρίας ἵνα τονίσωμεν, ὅτι ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις τοῦ ὄρθου κάθε ἄλλο παρά εἶναι ἀσφαλὲς μέσον διαγνώσεως τοῦ καρκίνου τοῦ ὄρθου. Ἐπ' οὐδενὶ λόγῳ δύναται ν' ἀντικαταστήσῃ τὴν δακτυλικὴν ἐξέτασιν καὶ τὴν ὀρθοσκόπησιν. Καὶ τοῦτο, διότι τὸ κατώτερον τοῦτο τμήμα τοῦ κόλου, λόγῳ θέσεως, σχήματος, προβολῶν τῶν διαφόρων ὀστών, ἐξ οὗ πολλαπλαῖ σκιαί, δὲν προσφέρεται διὰ τὴν ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν. Εἶναι, κατὰ τοὺς Ἀγγλοσάξωνας, ἡ τυφλὴ ἀκτινολογικὴ ζώνη (blind zone). Εἶναι χρήσιμος ὁμως δασάκις, λόγῳ ἀποφράξεως ὑπὸ τοῦ ὄγκου ἢ στενώσεως τοῦ ἐντερικοῦ αὐλοῦ, δὲν προωθεῖται τὸ ὀρθοσκόπιον. Θὰ δυνηθῶμεν νὰ διαπιστώσωμεν τὴν εἰς βάθος ἐπέκτασιν τοῦ ὄγκου καὶ τὴν τυχόν συνύπαρξιν καὶ δευτέρου τοιοῦτου. Ὅσακις ὁμως ὁ ἀκτινολόγος ἠγγόνει τὴν ὑπαρξιν τοῦ ὄγκου σχεδὸν ποτὲ δὲν διέγνωσε τὸν καρκίνον τοῦ ὄρθου, ὅστις ἐκαλύπτετο ὑπὸ τοῦ βαριούχου πόλτου. Ὅσακις ὁμως εἶχομεν διαγνώσει τοῦτον ὀρθοσκοπικῶς καὶ προειδοποιήσῃ περὶ τῆς ὑπάρξεώς του, κατωρθώσαμεν πολλακίς, ἐνιέντες μικρὰν ποσότητα βαρ. πόλτου, νὰ ἐπιτύχωμεν, εἰς πλαγίᾳ προβολᾷ, θαυμασίας ἀκτινογραφίας τοῦ ὄγκου τούτου.

Β' Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΡΩΚΤΟΥ

Πρωτοπαθῆς ἢ δευτεροπαθῆς ἐξ ἐπεκτάσεως καρκίνου τῆς κάτω μοίρας τῆς ληκύθου, ἢ, τούναντίον, ἐν συνδυασμῷ μεθ' ἑνὸς ἐξω—πρωκτικοῦ. Πρόκειται ἐπομένως περὶ πολυμόρφου καρκίνου.

Ὁ καρκίνος τοῦ πρωκτοῦ ἀντιπροσωπεύει τὸ δέκατον, περίπου, τοῦ συνόλου τῶν ὄρθο—πρωκτικῶν καρκίνων.

Ἀναπτύσσεται ἐπὶ τῆς δερματοβλεννογονίου χώρας καὶ τῆς κατωτέρας τῆς ληκύθου. Λίαν χαμηλά, διακρίνεται ἐνίοτε διὰ τῆς ἀπλῆς ἐπισκοπήσεως τῆς πρωκτικῆς χώρας, ἐνῶ ἄλλοτε ἐδράζεται ἐντὸς τοῦ πρωκτοῦ, ὅποτε διαγιγνώσκεται διὰ τῆς ἀπλῆς δακτυλικῆς ἐξετάσεως. Ἐπεκτεινόμενος πρὸς τὰ ἄνω, συγγέεται μὲ τὸν καρκίνον τοῦ ὄρθου. Κυρίως ὁμως ἐπεκτείνεται πρὸς τὴν δερματο—πρω-

κτικὴν χώραν, προσβάλλει τὰ λεμφατικά καὶ μεθίσταται εἰς τὰ βουβωνικά γάγγλια.

Ἱστολογικῶς πρόκειται περὶ πλακώδους ἐπιθηλιώματος. Εἰς τὸ 1/2 τῶν περιπτώσεων πρόκειται περὶ ἀδιαφοροποιήτου ἐπιθηλιώματος. Οἱ δύο οὗτοι ἱστολογικοὶ τύποι δυνατόν νά συνυπάρχουν ἢ νά ἐναλλάσσονται εἰς τὸν αὐτὸν ὄγκον.

Αἱ κλινικαὶ ἐκδηλώσεις τοῦ καρκίνου τούτου ἐξαρτῶνται ἐκ τῆς πρωΐμου ἢ μὴ προσβολῆς τοῦ σφιγκτήρος. Ὡς ἐκ τούτου πολλάκις τὸ πρῶτον σύμπτωμα εἶναι ὁ πόνος.

— Ἡπιος, συνεχῆς, ἢ, τούναντιον, δριμύτατος, ἰδίως κατὰ τὴν κένωσιν, προσλαμβάνει τοὺς χαρακτηρας τοῦ πόνου τῆς ραγάδος.

— Ἡ ἐπέκτασις τοῦ καρκίνου πρὸς τὸν σφιγκτήρα προκαλεῖ ἀκράτειαν κοπράνων.

— Κατὰ τὰς κενώσεις, ἢ ἀνεξαρτήτως τούτων, παρατηροῦνται συχνά ὀρο—αιματηραὶ ἐκκρίσεις, αἵτινες ρυπαίνουν τὸν ἄρρωστον.

— Ὁ ἄρρωστος δυνατόν ν' ἀντιληφθῆ ἴσως τὸν ὄγκον, ὅστις σιμορραγεῖ τῇ ἀπλῇ ἐπαφῇ, δι' ἧ καὶ προσέρχεται πρὸς ἐξέτασιν.

Ἡ διάγνωσις θά βασισθῆ ἐπὶ τῆς δακτυλικῆς ἐξετάσεως καὶ τῆς ὀρθοσκοπήσεως.

Ὁ καρκίνος τῆς πρωκτικῆς χώρας διαγιγνώσκεται διὰ τῆς ἀπλῆς ἐπισκοπήσεως. Θά παρατηρήσωμεν ὄγκον κραιμβοειδῆ, ἐξέρυθρον, ἐξηλωμένον, αἰμάσσοντα, μὲ σκληρὰν βάσιν, ἐδραζόμενον ἐπὶ τῆς δερματοπρωκτικῆς χώρας.

— Ἐξέλκωσιν, ὑποδυομένην τὴν ραγάδα καὶ ἐδραζομένην συνήθως περὶ τὴν 6ην ἢ 12ην ὥραν. Ἐνίοτε ὁμοιάζει πρὸς τὸ συφιλιδικὸν ἔλκος.

Δέν ἀποκλείεται ὁμως ἡ συνύπαρξις ὄγκου καὶ ἐξελκώσεως. Ἡ διάγνωσις θά βασισθῆ κυρίως :

— Ἐπὶ τῆς σκληρᾶς καὶ μὲ ἀσαφῆ ὄρια βάσεως, χαρακτηρῶν ἀνευρισκομένων καὶ εἰς αὐτὸν τοῦτον τὸν ὄγκον, ὅστις εἶναι καὶ εὐθρυπτος.

— Ἐπὶ τῶν σιμορραγιῶν ἅμα τῇ ἀπλῇ ἐπαφῇ.

— Ἐπὶ τῆς διηθησεως τοῦ βλεννογόνου καὶ ὑποβλεννογόνου τοῦ πρωκτοῦ, οὕτως ὥστε ὁ ὄγκος ἢ ἡ ἐξέλκωσις νά διδῆ τὴν ἐντύπωσιν ὅτι ἐπεκτείνεται πρὸς τὰ ἔσω.

— Ἐπὶ τῆς καταλήψεως τῶν βουβωνικῶν ἀδένων.

Ὁ ἐνδοπρωκτικὸς καρκίνος θ' ἀποκαλυφθῆ διὰ τῆς δακτυλικῆς ἐξετάσεως :

— ἐπὶ ἑνὸς τῶν τοιχωμάτων ἢ περὶ τοῦ πρωκτοῦ ψηλαφᾶται προέχουσα σκληρυνσις, μὲ ἀνώμαλον ἐπιφάνειαν, ὡς ἐκ τῆς ὑπάρξεως πολλῶν σκληρῶν διογκώσεων, μεταξὺ τῶν ὁποίων ὑπάρχουν ἐξελεκώσεις. Ὁ βλεννογόνος εἶναι διηθημένος, ἀκίνητος, συμφύομενος πρὸς τὰ ὑποκείμενα στρώματα. Ὁ ὄγκος δύναται νὰ ἐπεκτείνεται μέχρι καὶ τῆς κατωτέρας μοίρας τῆς ληκθούου.

Ἡ ὀρθοσκόπησις εἶναι ἐπώδυνος καὶ οὐχὶ πάντοτε εὐχερῆς. Θὰ παρατηρήσωμεν οὕτω τὸν κραμβοειδῆ, ἐξηλωκόμενον καὶ αἰμορραγοῦντα ὄγκον. Σκοπὸς ταύτης κυρίως εἶναι ἡ βιοψία διὰ τὴν ἐπιβεβαίωσιν τῆς διαγνώσεως.

Γ' ΠΟΛΛΑΠΛΟΙ ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΙ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ

Οὗτοι, ἐξαιρέσει τῆς πολυποδιάσεως, ὁπότε πολλοὶ πολύποδες δύνανται νὰ ὑποστοῦν συγχρόνως τὴν κακοήθη ἐξαλλαγήν, εἶναι σπάνιοι. Ἡ συχνότης των κυμαίνεται ἀπὸ 2—3%.

Τρεῖς ὑποθέσεις προβάλλονται πρὸς ἐξήγησιν τῆς ἱστοπαθολογίας των:

— Ἡ σύγχρονος κακοήθης ἐξαλλαγή καλοήθων ὄγκων ἐδραζομένων ὑπερθεν ἢ ὑπὸ τὸν ἀρχικὸν ὄγκον. Ὡς γνωστόν, διὰ τινὰς συγγραφεῖς, ὅπως τοὺς Schmieden καὶ Westhues, ὁ πρωτοπαθὴς καρκίνος εἶναι σπάνιος, τὰ δὲ ἐπιθηλώματα εἶναι σχεδὸν πάντοτε δευτεροπαθῆ ἐκ καλοήθων ὄγκων. Ἡ ἀποψις αὕτη στηρίζεται ἐπὶ τῆς λίαν συχνῆς συνυπάρξεως μικρῶν καλοήθων ὄγκων, πλησίον τῶν ὀρθο-σιγμοειδικῶν καρκίνων (45%). Ἐχει οὕτως ἀποδειχθῆ, ὅτι ἀριθμὸς τις διπλῶν ἢ πολλαπλῶν ὄγκων, φαινομενικῶς πρωτοπαθῶν, ὀφείλεται εἰς τὴν σύγχρονον ἢ διαδοχικὴν ἐξαλλαγήν τῶν δύο τούτων καλοήθων ὄγκων.

— Ἡ διὰ τῆς λεμφικῆς ὁδοῦ δισσοπορὰ εἰς γειτονικὴν μοῖραν. Ἀριθμὸς τις καρκίνων τοῦ ὀρθοῦ ἀναπτύσσεται πρωτοπαθῶς ἐπὶ ὑγιοῦς βλεννογόνου. Γνωρίζομεν ἐπὶ πλέον, ὅτι ἡ διαδρομὴ (ροή) τῆς λέμφου εἶναι ἐκ τῶν κάτω πρὸς τὰ ἄνω, ὁ δὲ καρκίνος καταλαμβάνει πρῶτον τὸν πλησιέστερον ἀδένα, ἐν συνεχείᾳ τὸν ὑπερθεν εὐρισκόμενον κ.ο.κ., κατὰ μῆκος τῶν ἄνω αἰμορροϊδικῶν ἀγγείων. Ἐξ ἄλλου, ὁ καρκίνος τοῦ ὀρθοῦ ἐπεκτείνεται ταχύτατα ὑπὸ τὸν βλεννογόνον, ἀκολουθῶν τὴν λεμφικὴν ὁδόν.

Ἡ ἐπέκτασις αὕτη λαμβάνει χώραν κατὰ πλάτος τοῦ ὀρθοῦ, ἀλλὰ καὶ εἰς ὕψος. Ἐπομένως, παρουσία δύο ὄγκων, πλησίον ἀλ-

λήλων εύρισκομένων, ό εις τούτων, συνήθως ό μικρότερος, όφειλεται πιθανώτατα εις τήν καρκινωματώδη διήθησιν τοῦ ύποβλενογονίου και έξωτερικεύθη επί τοῦ βλεννογόνου μακρότερον τοῦ άρχικοῦ όγκου. Δέν δυνάμεθα όμως και νά βεβαιώσωμεν, ότι ό ύπερθεν όγκος είναι πάντοτε ό δευτεροπαθής, δεδομένου ότι ή φορά τής λέμφου δύναται νά είναι και παλινδρομος, όταν άποκλεισθῆ ή φυσιολογική όδός. Έξ άλλου, ή λεμφική διασπορά δέν είναι και ή μόνη, δυνατόν δέ μία τοπική επέκτασις νά όφείλεται εις θρόμβωσιν τών φλεβών, ήτις έπεβεβαιώθη χειρουργικώς εις ποσοστόν 18% περίπου.

— Η καρκινωματώδης μεταμόσχευσις είναι ή τρίτη ύπόθεσις. Η πρακτική σημασία τών άνωτέρω έγκειται εις τό γεγονός, ότι δέον νά γίνωνται εύρεται κολεκτομαί.

Κατά τήν έγχείρησιν και ή πλέον έπιμελής ψηλάφησις δυνατόν νά μη άποκαλύψη τόν δεύτερον όγκον, όστις άνευρίσκειται μόνον κατά τήν διάνοξιν τοῦ χειρουργικοῦ παρασκευάσματος.

Έξ έλιξις. Έάν ό όγκος δέν έξαιρεθῆ έγκαίρως και ό άρρωστος έγκαταλειφθῆ άνευ ούδεμιās θεραπείας, ό θάνατος έπέρχεται έντός 12 - 18 μηνών.

Η κατάληξις θά είναι ή καχεξία, αι συνεχείς κενώσεις με τό έξαντλητικόν συνεχές αίσθημα ψευδοῦς άφοδεύσεως, τας βλέννας, τό αίμα.

Δυνατόν νά έπέλθουν έπιπλοκαί μηχανικῆς φύσεως (είλεός) ή σηπτικής (περιτονίτις, φλέγμων) έναντίον τών όποίων, ώς μόνον κύριον μέσον, έχομεν τήν παρά φύσιν έδραν.

Ταχύτατα όμως θά έκδηλωθοῦν αι διάφοροι έπιπλοκαί :

Έξ επέκτάσεως όπισθεν : Πόνοι τύπου άμφοτεροπλεύρου ισχυράλγιάς, λόγω προσβολῆς τοῦ ίεροῦ πλέγματος και τοῦ ίεροῦ όστοῦ.

Πλαγίως : άπόφραξις τών ούρητήρων καταλήγουσα εις θάνατον λόγω άζωθαιμίας.

Έμπροσθεν : Εις τόν άνδρα επέκτασις πρός τήν κύστιν με φαινόμενα έπιμόνου κυστιτιδος, όρθοκυστικοῦ συριγγίου, προσβολή προστάτου—ούρήθρας.

Εις τήν γυναίκα : διάτρησις όρθο—κολπική.

Και εις τά δύο φύλα : επέκτασις πρός τόν Δουγλάσσειον.

— **Μεταστάσεις έξ άποστάσεως :** πρός τούς βουβωνικούς άδένες, τούς ύπερκλειδίους, περιτόναιον, ήπαρ, πνεύμονας, όστᾶ.

Ἄρκετὰ συχνὰ μίᾳ ἐνδιάμεσος λοίμωξις ἐπιταχύνει τὴν μοιραίαν ἐξέλιξιν.

Διαφορικὴ διάγνωσις. Οἰαδήποτε ἤθελεν εἶναι ἡ αἰτιολογία ἐνὸς δυσεντερικοῦ συνδρόμου ἢ τῶν ἄλλων κλινικῶν σημείων, ἐπιβάλλεται ἡ δακτυλικὴ ἐξέτασις καὶ ἡ ὀρθοσκόπησις. Ἡ διαφορικὴ διάγνωσις, ἐπομένως, θὰ περιορισθῇ εἰς τὴν συζήτησιν τῶν σημείων ἐκείνων, ἅτινα ἀποκαλύπτουν αἱ δύο αὐταὶ ἐξετάσεις.

Α' ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ

1) Ἀνευρίσκομεν ἓνα ὄγκον :

Δυνατὸν νὰ πρόκειται περὶ κολοήθους ὄγκου.

Οἱ δύο πλέον συνήθεις τοιοῦτοι εἶναι τὰ ἀδενώματα καὶ οἱ λαχνοειδεῖς ὄγκοι, μὲ τὸ κοινὸν χαρακτηριστικὸν σημεῖον : τὴν τάσιν πρὸς τὴν κακοήθη ἐξαλλαγὴν.

— Ὁ πολύπους κατὰ τὴν δακτυλικὴν ἐξέτασιν ἐμφανίζεται ὡς εἰς μικρὸς ὄγκος, ὀμαλῆς, στρογγύλος ἢ λοβώδης, μισχωτὸς ἢ μὴ, περιβαλλόμενος ὑπὸ ὑγιοῦς βλεννογόνου.

— Οἱ λαχνοειδεῖς ὄγκοι, μὲ τὴν ἀφθονὸν ἀλλ' οὐχὶ συνεχῆ βλενώδη ἔκκρισιν τῶν, ἐμφανίζονται κατὰ τὴν ἐξέτασιν ὡς μία μάζα ἄμισχος ἢ μετὰ βραχέος μίσχου, μαλακὴ, ὑποχωροῦσα τῇ πιέσει, πηκτωματώδης. Ὁ περιβάλλων αὐτὴν βλεννογόνος δὲν παρουσιάζει διήθησιν. Ἡ ὀρθοσκόπησις θὰ δεῖξῃ τοὺς γνωστοὺς μακροσκοπικοὺς χαρακτήρας.

Εἰς ὅλας αὐτὰς τὰς περιπτώσεις ἐπιβάλλεται ἡ βιοψία, εἰς διάφορα μέρη τοῦ ὄγκου.

2) Ἀνευρίσκομεν μίαν ἐξέλκωσιν :

Θ' ἀποκλείσωμεν τὰς διαφόρους ὀρθίτιδας, κατὰ τὰς ὁποίας αἱ ἐξελκώσεις εἶναι ἐπιπολής, ἀβαθεῖς, πολλαπλαῖ, ἄνευ ἐιδικῆς σκληρίας. Ἡ μονήρης ἐξέλκωσις τοῦ ὀρθοῦ, μὲ σκληρὰν βάσιν, εἶναι ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον καρκινωματοῦδος φύσεως. Σπανίως θὰ συζητήσωμεν τὴν ἀμοιβαδικὴν αἰτιολογίαν. Βιοψία.

3) Ἀνευρίσκομεν μίαν στένωσιν τοῦ ὀρθοῦ :

Ἄλλοτε ἡ κυρία διαφορικὴ διάγνωσις θ' ἀφεώρα τὴν φλεγμονώδη στένωσιν τὴν ὀφειλομένην εἰς τὴν νόσον τῶν Nicolas—Favre: μακρὸν ἀναμνηστικὸν ὀρθίτιδος, ἄνευ αἱμορραγιῶν, στένωσις χαμηλὰ ἐντετοπισμένη, 3-4 ἐκ. ἀπὸ τοῦ πρωκτοῦ, ἐν εἴδει ἀνε-

στραμμένης χοάνης, ἄκαμπτος, διηθημένη. Δερμο-αντίδρασις κατά Frei θετική.

— Στένωσις ἐξω — ὀρθοῦς αἰτιολογίας, κατά τὴν ὁποίαν ὁ βλεννογόνος τοῦ ὀρθοῦ εἶναι εὐκαμπτος, ὑγιής. Θ' ἀναζητηθῆ μία πίεσις ἐξ ὄγκου τῆς μικρᾶς πυέλου, ἐκ σαρκώματος βαθέος, διηθημένου, κυρίως περι-ορθικοῦ.

— Στένωσις ἐξ ἐπιδράσεως ἀκτίνων γ ραδίου ἢ ἀκτίνων Χ, κατά τινα θεραπείαν διὰ καρκίνου τῆς μήτρας κυρίως, (Ὀρθο-πρωκτίτις ἐξ ἀκτινενεργείας), ὁπότε συζητεῖται ἐπὶ πλέον καὶ ἡ πιθανὴ ἐπέκτασις τοῦ ἀρχικοῦ καρκίνου πρὸς τὸ ὀρθόν. Ἡ χαρακτηριστικὴ ὀρθοσκοπικὴ εἰκὼν τῆς ὀρθο-πρωκτίτιδος ταύτης, ἡ προηγηθεῖσα ἀκτινοθεραπεία, ἡ βιοψία θὰ ἐπιβάλλουν τὴν διάγνωσιν.

Β' ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΟΡΘΟ—ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΥΣ

α) Θὰ ἐρευνηθῆ κυρίως ἐάν πρόκειται περὶ καρκίνου τοῦ σιγμοειδοῦς, ἂν καὶ πρακτικῶς αἱ δύο αὗται ἐντοπίσεις ἐπιβάλλουν τὴν αὐτὴν χειρουργικὴν θεραπείαν.

β) Σπανιώτερον θὰ συζητήσωμεν τὴν πιθανότητα ἐνὸς μονήρους πολύποδος παρὰ τὴν χώραν ταύτην καὶ θὰ ἐρευνήσωμεν τὰ σημεῖα τῆς κακοήθους ἐξαλλαγῆς.

γ) Ἐξω — ἐντερικὴ στένωσις λόγῳ φλεγμονῆς τῶν παραμητρίων. Ὀρθοσκοπικῶς, ὅμως, ὁ βλεννογόνος εἶναι φυσιολογικός, εὐκαμπτος, εὐκίνητος.

δ) Χρονία σιγμοειδίτις, εἴτε περι—σιγμοειδίτις εἴτε ἐκκολπωματίτις κατιόντος—σιγμοειδοῦς.

Γ' ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΡΩΚΤΟΥ

Ἡ διάγνωσις εἶναι εὐχερής, ἀρκεῖ δὲ πολλάκις μόνη ἢ ἐπισκόπησις.

Θὰ διακρίνωμεν τὰ κονδυλώματα, μίαν διωγκωμένην καὶ ἐξηλωκωμένην αἰμορροΐδα.

Εἰς τὰς ἐλκώδεις μορφάς, μίαν ραγάδα, ἓν συφιλιδικόν ἢ μαλακόν ἔλκος.

Εἰς περίπτωσιν ἐνδο—πρωκτικοῦ καρκίνου θὰ διακρίνωμεν καὶ ἐδῶ τὴν νόσον τῶν Nicolas—Favre, ὠρισμένης φλεγμονώδους πρωκτίτιδας ἐξ αἰμορροΐδων, φυματώσεως, συφιλίδος, σπανίως ἐξ ἀκτινομηκητιάσεως. Βιοψία.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ

Όσάκις τὸ ἐπιτρέπουν οἱ τοπικοὶ καὶ γενικοὶ ὄροι, ἡ μόνη ἐνδεικνυομένη θεραπεία εἶναι ἡ ὀλικὴ ἐξαιρέσις τοῦ ὄγκου, δι' εὐρείας κολεκτομῆς, συμπεριλαμβανοῦσης καὶ τὰ λεμφατικά.

1) Ἀπόλυτοι ἀντενδείξεις : Αὗται δυνατὸν νὰ ἐπιβάλλωνται ἐκ τῆς τοπικῆς καταστάσεως : ἐπέκτασις εἰς τοὺς περιβάλλοντας τὸ ὀρθὸν ἰστούς, ἐπέκτασις ὀπισθεν πρὸς τὸ ἱερὸν ὄστον, ὅποτε ὁ ὄγκος εἶναι ἀκίνητος, συμφυόμενος. Ἐπιβάλλεται μολαταῦτα ἢ ἐρευνητικὴ, ἥτις θὰ ἐξετάσῃ κατὰ πόσον ἢ ἐπέκτασις αὕτη εἶναι μόνον καρκινωματοῦδος ἢ κατὰ πολὺ περισσότερον φλεγμονώδης καὶ ἐάν αὕτη ἀφορᾷ τὸν προστάτην κλπ.

Ἄντενδείξεις λόγῳ μεταστάσεων. Σχετικῶς ὄψιμοι, ἀποτελοῦν σαφῆ ἀντένδειξιν διὰ χειρουργικὴν ἐπέμβασιν, ἂν καὶ συνήθως τότε μόνον διαπιστοῦνται.

2) Σχετικαὶ ἀντενδείξεις : Αἱ πρόοδοι τῆς χειρουργικῆς ἐπιτρέπουν σήμερον τὴν ἐπέμβασιν καὶ εἰς περίπτωσιν ἐπεκτάσεως πρὸς τὴν ὀπισθίαν ἐπιφάνειαν τοῦ κόλπου, ὅποτε γίνεται ἀφαίρεσις ὄλων τῶν γεννητικῶν ὀργάνων, καὶ εἰς περίπτωσιν προσβολῆς τοῦ πυθμένου τῆς κύστεως εἰς τὸν ἄνδρα κ.ο.κ.

Εἰς ὅλας ὁμοῦ αὐτάς τὰς περιπτώσεις ἢ γενικὴ κατὰστασις τοῦ ἀρρώστου θὰ ληθῆ ὑπ' ὄψιν. Ἡ κλινικὴ ἐξέτασις καὶ αἱ διαφοροὶ ἐργαστηριακαὶ τοιαῦται θὰ κρίνουν ταύτην. Ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἡλικίαν, αὕτη, σήμερον, δὲν ἀποτελεῖ σημαντικὸν ἐμπόδιον.

Χειρουργικαὶ μέθοδοι : Δὲν πρόκειται ν' ἀσχοληθῶμεν μὲ τὴν τεχνικὴν καὶ τὰς διαφόρους μεθόδους ἄς προτιμοῦν οἱ διάφοροι χειρουργοί. Εἶναι ζήτημα καθαρῶς πείρας καὶ εἰδικότητος. Ὡς ἐκ τούτου θὰ περιορισθῶμεν ἀπλῶς εἰς τὸ ν' ἀναφέρωμεν ἐκεῖνας ἐκ τῶν μεθόδων, αἵτινες ἔχουν γενικῶς ἐπιβληθῆ.

Ὡρισμένοι γενικοὶ κανόνες διέπουν τὴν χειρουργικὴν θεραπείαν τοῦ καρκίνου τοῦ ὀρθοῦ. Οὕτως αὕτη θὰ ἀφορᾷ τὴν ὀλικὴν ἐξαιρέσιν τοῦ ὄγκου μετὰ τῶν λεμφατικῶν, ὡς καὶ μεγάλου τμήματος ὀυγιοῦς ἐντέρου.

Παραδέχονται ὅτι ἡ ἐξαιρέσις δέον νὰ ἐκτείνεται τοῦλάχιστον 12—15 ἐκ. ὑπερθεν τοῦ ὄγκου καὶ 5 ἐκ. κάτωθεν τούτου. Θὰ περιλαμβάνη ἐπίσης ὄλον τὸν περι-ορθικὸν ἰστὸν ὡς καὶ ὑπερθεν τὰ γάγγλια, μέχρι τοῦ διχασμοῦ τῶν ἄνω αἰμορροϊδικῶν, κάτωθεν δὲ τὰ λεμφατικά τὰ προσκεκολλημένα ἐπὶ τοῦ ἀνεκτῆρος τοῦ πρωκτοῦ. Λόγῳ τῆς συνυπαρχούσης φλεγμονῆς, ἥτις δυνατὸν νὰ προκα-

λέση μετεγχειρητικῶς τοπικὰς λοιμῶξεις, ἐνδείκνυται πολλάκις ὡς πρώτη ἐπέμβασις ἢ παρά φύσιν ἔδρα.

Αὕτη θὰ γίνῃ εἴτε ὑψηλά, κατὰ τὴν ἀριστερὰν μοῖραν τοῦ ἐγκαρσίου, ὥστε νὰ μὴ παρεμποδίσῃ τὴν ἐν συνεχείᾳ ριζικὴν ἐγχείρησιν, εἴτε χαμηλά, πλησίον τοῦ ὄγκου. ὁπότε ἐξαιρεῖται συγχρόνως μετὰ τούτου. Ἡ ἐπέμβασις αὕτη ἔχει ἐπομένως τελείως διάφορον σκοπὸν ἀπὸ τὴν μόνιμον ἀναστόμωσιν.

Πρὸ ἐκάστης ἐγχειρήσεως ἐπιβάλλεται ἡ εἰδικὴ προετοιμασία τοῦ ἀρρώστου. Θὰ ἐλεγχθοῦν οἱ διάφοροι ἠλεκτρολύται, τὰ λευκώματα, ὁ αἱματολογικὸς τύπος. Θὰ χορηγηθοῦν γενικὰ καὶ τοπικὰ βιοθεραπευτικὰ, εἰς περίπτωσιν συνυπαρχούσης φλεγμονῆς. Θὰ προηγηθοῦν, ὡσάκις ἐνδείκνυται, μεταγγίσεις αἵματος, πλάσματος, τὰ διάφορα ἐκ πρωτεολύσεως ἀμινοξεία, ὡσάκις ὑπάρχει ὑποπρωτεΐναιμία, οἱ σακχαροῦχοι καὶ φυσιολογικοὶ ὄροι κ.ο.κ. Ἀναφέρομεν ἤδη περιληπτικῶς τὰς συνήθως ἐκτελουμένας ἐγχειρήσεις :

1. Καρκίνος τοῦ ὀρθοῦ εἰς ἀπόστασιν μικροτέραν τῶν 8 ἐκ. ἀπὸ τοῦ πρωκτοῦ (ἐξωπεριτοναϊκός) :

— Ἀκρωτηριασμὸς ἄνευ διατηρήσεως τοῦ σφιγκτήρος :

α) διὰ τῆς περινεϊκῆς ὁδοῦ.

β) κυρίως διὰ τῆς κοιλιο - περινεϊκῆς ὁδοῦ.

Τελευταίως οἱ Ἀμερικανοὶ Babcock καὶ Bocson διατηροῦν τὸν σφιγκτήρα, ἐκτὸς ἐὰν ὁ καρκίνος ἔχη ἐπεκταθῆ πρὸς τὸν πρωκτὸν ἢ ἐδράζεται εἰς ἀπόστασιν μικροτέραν τῶν 2,5 ἐκ. ἀπὸ τοῦ σημείου ἐνώσεως πρωκτοῦ - ὀρθοῦ. Ἡ μέθοδος αὕτη, ἐφαρμοσθεῖσα καὶ ἐν Γαλλίᾳ (Gaudart d'Allaines), λόγῳ τῶν συχνῶν τοπικῶν ὑποτροπῶν, τείνει νὰ ἐγκαταλειφθῇ. Ἐξ οὗ καὶ εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς ἐκτελεῖται μόνιμος παρά φύσιν ἔδρα, μετὰ τὴν ὀλικὴν ἐξάρεσιν τοῦ ὄγκου κ.λ.π. Ὅσάκις ὁμως ἡ ἔδρα τοῦ ὄγκου ἐπιτρέπει τοῦτο, ἐκτελεῖται τελικὸν - τελικὴ ἀναστόμωσις.

2. Καρκίνος ἐδραζόμενος εἰς ἀπόστασιν 8 - 10 ἐκ. ἀπὸ τοῦ πρωκτοῦ :

Αἱ ἐνδείξεις δὲν εἶναι ἀπόλυτοι.

— Εἴτε ἀκρωτηριασμὸς ἄνευ διατηρήσεως τοῦ σφιγκτήρος.

— Εἴτε ἀκρωτηριασμὸς, λόγῳ τῆς ταχείας διασπορᾶς τοῦ καρκίνου εἰς τὰ νέα ἄτομα, ἢ λόγῳ εὐμεγέθους ὄγκου, ἢ εἰς τὰ ἔχοντα ὑπερβῆ τὸ 70ὸν ἔτος τῆς ἡλικίας τῶν.

— Ἐν ἐναντίᾳ περιπτώσει ἐξάρεσις κοιλιο - πρωκτικῆ.

3. Καρκίνος ἐδραζόμενος εἰς ἀπόστασιν ἄνω τῶν 10 ἐκ. ἀπὸ τοῦ πρωκτοῦ :

Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς ἐνδείκνυται ἡ διατήρησις τοῦ σφιγκτῆρος.

— Ἐξαίρεσις διὰ τῆς κοιλιο - ιερᾶς ὁδοῦ (D'Allaines).

— Ἐξαίρεσις κοιλιο - πρωκτικῆ (Tourret).

4. Καρκίνος ἐδραζόμενος κατὰ τὴν ἐνδοπεριτοναϊκὴν μοῖραν :

— Συνδεδυασμένη ἐπέμβασις διὰ τῆς κοιλιακῆς καὶ ιερᾶς ἢ περινεϊκῆς ὁδοῦ.

— Ἄλλοτε ἐξετέλουν τελικο - τελικὴν ἀναστόμωσιν μεταξὺ κόλου καὶ ὀρθοῦ, ὑπερθεν τοῦ Δουγλασσείου, εἰς περιπτώσεις ἀποστάσεως τοῦ καρκίνου ὑπὲρ τὰ 12 ἐκμ. ἀπὸ τοῦ σφιγκτῆρος.

Προσφάτως οἱ Babcock καὶ Bacon, μετὰ τὸν κοιλιακὸν χρόνον, προβαίνουν εἰς τὴν ἀπελευθέρωσιν τοῦ ὀρθοῦ μέσῳ πρωκτο - ιερᾶς τομῆς μετὰ ἢ ἄνευ ὀπισθίας τομῆς τοῦ σφιγκτῆρος. Ἐν συνερᾶς χεῖρα ἔλκεται πρὸς τὰ κάτω τὸ σιγμοειδές, ὅπερ ἐξωτερικεῖται διὰ τοῦ σφιγκτῆρος χωρὶς νὰ προβοῦν εἰς οὐδεμίαν συρραφήν, ἀφαιροῦντες ἢ μὴ τὸν βλεννογόνον τοῦ πρωκτοῦ. Ἀποφεύγουν οὕτω κάθε συρραφήν καὶ ἐπὶ τῆς ζώνης ταύτης. Ἐπὶ πλέον δὲν πραγματοιοιοῦν τὸ συρίγγιον ἀσφαλείας ἐπὶ τοῦ ἀριστεροῦ κόλου, ἀλλ' ἀπλῶς παροχετεύουν διὰ σωλῆνος εἰσαχθέντος ἐντὸς τούτου. Ἐχομεν ὁμως συχνὰ διαταραχὰς τῶν κενώσεων καὶ μερικὴν ἀκράτειαν.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΩΚΤΟΥ

Δύο μέθοδοι : α) χειρουργικὴ ἐξαίρεσις,
β) ἀκτινο—ἢ ραδιοθεραπεία.

1. Ἡ χειρουργικὴ ἐξαίρεσις συνεπάγεται μόνιμον παρά φύσιν ἔδραν.

— Ὀλικὴ ἀφαίρεσις πρωκτοῦ καὶ κάτω ὀρθοῦ. Θὰ συμπληρωθῆ μετὰ τὴν ἀφαίρεσιν τῶν βουβωνικῶν γαγγλίων.

2. Ἀκτινοθεραπεία. Εὐκολώτερον ἀποδεκτὴ ὑπὸ τῶν νέων ἰδίως τὴν ἡλικίαν ἀρρώστων, οἵτινες ἀρνοῦνται τὴν μόνιμον παρά φύσιν ἔδραν.

— Ἐκτελεῖται συνήθως προσωρινὴ παρά φύσιν ἔδρα καὶ ἐν συνεχείᾳ εἴτε ράδιον εἴτε ἀκτίνες X.

— Ἡ ραδιοθεραπεία—ἂν καὶ θεωρητικῶς ἐνδείκνυται ἐφ' ὅσον τὸ πλακῶδες ἐπιθηλίωμα εἶναι ἀκτινευαίσθητον—ἐπιφέρει τοπικὰς ραδιο—νεκρώσεις μετὰ ἐξαντλητικὸν πρωκτικὸν σύνδρομον, λόγῳ τοῦ ὁποῖου ἐπιβάλλεται ἐνίοτε ἡ μόνιμος παρά φύσιν ἔδρα, ἀκόμη δὲ καὶ αὕτῃ ἡ χειρουργικὴ ἐξαίρεσις τοῦ πρωκτοῦ.

— Ἡ ἀκτινοθεραπεία δὲν προκαλεῖ νεκρώσεις, ἀλλὰ δυνατὸν νὰ δημιουργήσῃ ἐντονωτάτην ὄρθο — πρωκτίτιδα ἐξ ἀκτινε-
νεργείας.

— Προσφάτως ἐφαρμόζεται ἐκ νέου ἐν Γαλλίᾳ, ὑπὸ τῆς M^{me}
Parturier—Albot ἡ παλαιὰ μέθοδος τῆς πλησιοθεραπείας τοῦ Chaoul
ἰδίως ἐπὶ μικρῶν ἀρχομένων καρκίνων, ἀκόμη καὶ αὐτοῦ τοῦ ὄρθου.

ΤΟ ΔΥΣΕΝΤΕΡΙΚΟΝ ΣΥΝΔΡΟΜΟΝ

Β' ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΚΑΙ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΙΣ ΟΡΘΟΥ ΚΑΙ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ἐπὶ τὸ ὄνομα πολύπους περιλαμβάνομεν μόνον τὸ ἀδένωμα τὸ ὀφειλόμενον εἰς ὑπερπλασίαν κατὰ βάθος τοῦ ἐντερικοῦ βλεννογόνου. Ἀποκλείομεν οὕτω τοὺς ἄλλους καλοῦθεις ὄγκους ὀρθοῦ καὶ κόλου, οἵτινες μικροσκοπικῶς δυνατόν νά ὁμοιάζουν πρὸς τοὺς πολύποδας, ὅπως λ.χ. οἱ λαχνοειδεῖς ὄγκοι, τὰ λιπώματα, τὰ μυώματα καὶ οἱ ψευδοπολύποδες, οἵτινες ἀναπτύσσονται ἐπὶ χρονίων φλεγμονῶν τοῦ ἐντέρου, ὅπως ἐπὶ αἱμορραγικῆς κολίτιδος, ἐπὶ βιλαρζιάσεως, ἐπὶ διαφόρων δυσεντεριῶν καὶ οὕτω καθεξῆς.

Ὁ πολύπους, μισχωτὸς ἢ ἄμισχος—ἢ ἔλλειψις μίσχου δὲν ἀποκλείει τὴν διάγνωσιν πολύποδος—ποικίλλει εἰς μέγεθος, ἀπὸ μικροῦ σκαγιῦ μέχρι κερασίου συνήθως, ἀλλὰ καὶ ἔτι μεγαλύτερου, ἐνίοτε δὲ μέχρι μικροῦ γρόνθου, ὅπως παρατηρήσαμεν εἰς ἡμετέραν περίπτωσιν ἀφορῶσαν παιδίσκην 10 ἐτῶν, καὶ ὅστις ἐξηρέθη διὰ τῆς φυσικῆς ὁδοῦ. Εἶναι χροιαῖς ἐντόνως ἐρυθρᾶς, ἀντιτιθεμένης πρὸς τὴν πλεον ὠχράν, ροδίνην, τοῦ γειτνιαζόντος ἐντερικοῦ βλεννογόνου, μετὰ τοῦ ὁποίου καὶ συνδέεται εἴτε δι' ἐνὸς λεπτοῦ μίσχου εἴτε δι' εὐρείας βάσεως.

Ἱστολογικῶς ὁ πολύπους ἀποτελεῖται ἀπὸ ἕνα ἄξονα ἐκ συνδετικοῦ ἱστοῦ, λίαν ἀγγειοβριθοῦς, προερχομένου ἐκ τοῦ ὑποβλεννογόνου τοῦ ἐντέρου. Ὁ ἄξων οὗτος, ἐκ τοῦ ὁποίου ἐκκινοῦν δευτερεύουσαι διακλαδώσεις ἀναπτύσσεται καὶ σχηματίζει τὸ σῶμα τοῦ πολύποδος. Εἰς τὸ κέντρον τοῦ ἄξονος ὑπάρχει ἓν τριχοειδὲς ἀγγεῖον ἢ ἀρτηρίδιον. Ὁ μίσχος καὶ τὸ σῶμα τοῦ πολύποδος καλύπτονται ὑπὸ μίᾳ μόνῃς σειρᾶς ἐπιθηλιακῶν κυττάρων ἧτις συνεχίζεται ἀπολύτως μὲ τὸν γειτνιαζόντα βλεννογόνον. Τὰ κύτταρα ταῦτα διαφέρουν. Ἐνίοτε ἐπικρατοῦν τὰ βλενωδῆ κύτταρα. Ἐνίοτε μερικὰ τῶν ἐπιθηλιακῶν κυττάρων ἐμφανίζονται ὡς πλεον βαθύχρωμα. Πρόκειται περὶ τῶν βαθυχρωματικῶν κυττάρων τῶν Schmieden καὶ Westhues, τὰ ὁποῖα ὑπὸ τινων συγγραφέων θεωροῦνται ὡς ἐρμηνεύοντα μίαν προκαρκινικήν κατάστασιν.

* *

Τοὺς πολύποδας θὰ ταξινομήσωμεν εἰς δύο κυρίως κατηγορίας, μὲ μίαν ἐνδιάμεσον τρίτην. Σημειωτέον, ὅτι οἱ πολύποδες ἔχουν τὴν

αυτήν ιστολογικήν ύφήν, διακρίνονται ὁμως ἀλλήλων ἀφ' ἑνός μὲν λόγῳ τοῦ μικροῦ ἢ μεγάλου αὐτῶν ἀριθμοῦ, ἀφ' ἑτέρου λόγῳ τῆς διαφόρου ἐξελιξεως καὶ προγνώσεως.

— Ὁ μονήρης πολύπους εἶναι συνήθως καλοήθους ἐξελιξεως καὶ ἴαται εὐκόλως. Ἐδράζεται ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ἐπὶ τοῦ ὀρθοῦ, ὀλιγώτερον συχνά ἐπὶ τοῦ σιγμοειδοῦς, σπανιώτερον ἐπὶ τοῦ ὑπολοίπου ἐντέρου.

— Ἡ διάχυτος ἰδιοπαθῆς πολυποδίασις διακρίνεται ἐκ τοῦ πολὺ μεγάλου ἀριθμοῦ πολυπόδων, οἵτινες, ποικίλου μεγέθους, καλύπτουν κατὰ ἑκατοντάδας καὶ χιλιάδας ὀλόκληρον τὸ παχὺ ἔντερον, ἀπὸ τοῦ ὀρθοῦ μέχρι καὶ τοῦ τυφλοῦ. Πρόκειται περὶ βαρείας νόσου, κληρονομικῆς καὶ οἰκογενεοῦς, μεταβιβαζομένης κατὰ τοὺς νόμους τοῦ Mendel καὶ ὑποκειμένης ὀπωσδήποτε, μετὰ πάροδον ποικίλου χρονικοῦ διαστήματος, εἰς τὴν κακοήθη ἐξαλλαγήν.

— Οἱ πολλαπλοὶ διάσπαρτοι πολύποδες ἀποτελοῦν μίαν τρίτην, ἐνδιάμεσον, οὕτως εἰπεῖν, κατάστασιν, μὴ καθοριζομένην σαφῶς. Οὕτως οἱ πολύποδες ἐντοπίζονται ἄλλοτε μὲν ἐπὶ ὠρισμένης μοίρας τοῦ ἐντέρου, ἐνῶ ἄλλοτε τὸ καταλαμβάνουν ὀλόκληρον. Ἄν καὶ δὲν εἶναι νόσος κληρονομικὴ καὶ οἰκογενῆς, ἐν τούτοις εἶναι καὶ αὕτη βαρείας προγνώσεως.

Α' Ο ΜΟΝΗΡΗΣ ΠΟΛΥΠΟΥΣ

1. ΠΟΛΥΠΟΥΣ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ

Πρόκειται περὶ τῆς πλέον συχνῆς ἐντοπίσεως τοῦ μονήρους πολύποδος. Ἐνίοτε, ἀντὶ ἑνός, δυνατόν νά ἀνεύρωμεν περισσότερους. Διὰ τοὺς πλείστους τῶν συγγραφέων, ἡ ἀνεύρεσις μέχρι καὶ πέντε τὸν ἀριθμὸν τοιοῦτων πολυπόδων δὲν τοὺς ἀποκλείει ἐκ τῆς κατηγορίας ταύτης. Ἐὰν ὁμως ὁ ἀριθμὸς τούτων εἶναι μεγαλύτερος, θεωροῦνται πλέον ὡς ἀνήκοντες εἰς τὴν ἐνδιάμεσον κατάστασιν, τὴν διάσπαρτον πολυποδίασιν. Οἱ πολύποδες ἐμελετήθησαν ἀπὸ ἱστολογικῆς ἀπόψεως, κυρίως ὅσον ἀφορᾷ τὴν δυνατότητα ἐξαλλαγῆς των καὶ κατατάξεώς των εἰς τὰς προκαρκινικὰς καταστάσεις. Οὐδεμία ἀμφιβολία ὑπάρχει, ὅτι πολλοὶ πολύποδες ὑφίστανται τὴν κακοήθη ἐξαλλαγήν, οὕτως ὥστε νά ὑποστηρίζεται, ὅτι ὁ καρκίνος τοῦ ὀρθοῦ δὲν εἶναι παρά πολύπους ὑποστάς τὴν ἐξαλλαγήν. Καὶ μόνον ὁμως τὸ γεγονός, ὅτι τοιαύτη ἐξαλλαγὴ ὑφίσταται, ἐπιβάλλει, ἅμα τῇ διαπιστώσει των, τὴν ἄμεσον καταστροφὴν των.

Ὁ μονήρης πολύπους προσβάλλει καὶ τὰ δύο φύλα εἰς οἴανδῆ.

ποτε ηλικίαν. Συχνότατος εις τὰ βρέφη καὶ παιδιά—ἀπὸ τῶν πρώτων μηνῶν τῆς ζωῆς—ἐκδηλοῦται εἰς τὸν ἐνήλικα συνήθως μετὰ τὸ 40ὸν ἔτος τῆς ηλικίας του. Εἶναι κάπως συχνότερος εἰς τὸν ἄνδρα παρά εἰς τὴν γυναῖκα (3:2). Παρὰ τὸ γεγονός ὅτι ἔχουν ἀναφερθῆ σπάνιαι τινὲς περιπτώσεις μονήρους πολύποδος εἰς πολλὰ μέλη τῆς αὐτῆς οἰκογενείας, δὲν ἔχει, ἐπαναλαμβάνομεν, τὸν κληρονομικὸν χαρακτήρα τῆς διαχύτου πολυποδιάσεως.

Ἡ ἐν τῷ ἐντέρω πρώτη ἐμφάνισις τοῦ πολύποδος δὲν δύναται νὰ προσδιορισθῆ ἐπακριβῶς. Δεδομένου ὅτι τὰ κλινικὰ συμπτώματα βραδύνουν νὰ ἐκδηλωθοῦν, δὲν ἀποκλείεται νὰ προϋπήρχεν ἔτη ὀλόκληρα πρὸ αὐτῶν.

Ἡ αἰμορραγία εἶναι τὸ πρῶτον, συνήθως, κλινικὸν σύμπτωμα ἐνὸς πολύποδος. Τὸ αἷμα, χροιαῖς ἐρυθρᾶς, δὲν ἀναμιγνύεται ἀλλὰ περιβρέχει τὰ κόπρανα, δὲν συνοδεύεται ὑπὸ βλενῶν, ἐμφανίζεται ἄνευ σαφοῦς αἰτίας, εἰς μικρὰν συνήθως ποσότητα, κατὰ ἀκανόνιστα χρονικὰ διαστήματα, μόνον ἢ μετὰ κενώσεων.

Ἡ πρόπτωσις τούτου διὰ μέσου τοῦ πρωκτοῦ εἶναι ἐνίοτε ἢ πρώτη κλινικὴ ἐκδήλωσις. Αὕτη συνοδεύεται ἢ καὶ ὄχι ὑπὸ ἀναλόγου προπτώσεως τοῦ ἐντερικοῦ βλεννογόνου, παρατηρεῖται δὲ ἰδίως εἰς τὰ παιδιά. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς, οἱ γονεῖς συνήθως παρατηροῦν μετὰ τὴν κένωσιν ἢ κατόπιν ἐπιμόνου βηχός, ὅπως εἰς κοκκύτην, ἢ συνεχὸς κλάματος εἰς τὰ βρέφη, ἐξερχόμενον τοῦ πρωκτοῦ ἕνα ὄγκον μεγέθους συνήθως κερασίου ἢ καὶ μικρότερον, ἐξέρυθρον, ἀνώμαλον, συνήθως μισχωτόν, ὅστις εὐκόλως ἀνατάσσεται. Πολλάκις, τοῦτο δὲ ἔχομεν παρατηρήσει ἐξετάζοντες παιδιά, ὁ πολύπους ἀποσπᾶται αὐτομάτως, ἄνευ ἐπεμβάσεως ἢ κατόπιν μικρᾶς πιέσεως τοῦ μίσχου διὰ τοῦ ἄκρου τοῦ ὀρθοσκοπίου.

Δευτερεύοντα συμπτώματα: Διάχυτα κοιλιακὰ ἄλγη, αἰσθημα ψευδοῦς ἀφοδεύσεως, ἐξαρτώμενον ἐκ τῆς χαμηλῆς θέσεως καὶ τοῦ μεγέθους τοῦ πολύποδος, δυσκοιλιότης ὀφειλομένη ἐνίοτε εἰς μερικὴν ἀπόφραξιν ἀπὸ πολύποδα ἐδραζόμενον παρά τὸ σημεῖον ἐνώσεως ὀρθοῦ—σιγμοειδοῦς, τεινεσμός, διαρροϊκὰ κενώσεις. Ἡ γενικὴ κατάστασις τοῦ ἀρρώστου ἐπηρεάζεται σπανίως, βαθμοῦ ὑπόχρωμος ἀναιμία εἰς περιπτώσεις ἐπαναλαμβανομένων αἰμορραγιῶν.

Διάγνωσις: Αὕτη θὰ βασισθῆ ἐπὶ τῆς δακτυλικῆς ἐξετάσεως καὶ τῆς ὀρθοσκοπήσεως.

α) Δακτυλικὴ ἐξέτασις. Θὰ ἐκτελεῖται εἰς θέσιν

ὕπτίαν καὶ γονοστηθικήν. Θά ψηλαφήσωμεν οὕτως ἕνα ὄγκον μαλθακόν, συνήθως μισχωτόν, εὐκίνητον καὶ μὲ ὁμαλά ὄρια. Σημειωτέον ὅτι συχνότατα οὗτος συγγέεται μὲ μίαν μικράν κοπρανώδη μάζαν, ἐνῶ ἄλλοτε δὲν ἀνευρίσκεται, διότι κρύπτεται ὀπισθεν μιᾶς πτυχῆς ἢ μιᾶς βαλβίδος.

β) Ὁρθοσκοπίαις: Ἀπαραίτητος ὄχι μόνον διὰ τὴν διάγνωσιν, ἀλλὰ καὶ διὰ τὴν βιοψίαν, συχνά δὲ καὶ διὰ τὴν θεραπείαν.

Μέσω τοῦ ὀρθοσκοπίου θά παρατηρήσωμεν ἕνα ὄγκον ποικίλου μεγέθους, χροιαῖς ἐρυθραῖς, μετὰ ἢ ἀνευ μίσχου, μὲ ἐπιφάνειαν ὁμαλήν, περιβαλλόμενον ὑπὸ ὑγιοῦς ἐντερικοῦ βλεννογόνου ἔχοντος τὴν φυσιολογικὴν ροδόχρουν ὄψιν. Ἐνίοτε ἡ ἐπιφάνεια τοῦ πολυπόδος δὲν εἶναι λεία, ἀλλὰ ἀνώμαλος, ὡς ἡ ἐπιφάνεια φράουλας. Ὁ μίσχος, ὅταν ὑπάρχη, εἶναι λεπτός, ἐπιμήκης μέχρι πολλῶν ἐκατοστῶν, χροιαῖς λευκῆς.

Ἀπαραίτητος προϋπόθεσις μιᾶς ἀποτελεσματικῆς ἀπὸ ἀπόψεως διαγνώσεως ὀρθοσκοπήσεως εἶναι ἡ ἀπόλυτος καθαριότης τοῦ ἐντέρου καὶ ἡ ἀπαλλαγὴ τούτου ἀπὸ κόπρανα, δεδομένου ὅτι ὁ πολυπόδος, ὅπως καὶ ἄλλαι ὀργανικαὶ βλάβαι, δυνατόν νὰ μὴ ἀνευρεθῆ καλυπτόμενος ὑπὸ τούτων. Οἱ ἔχοντες ἐξ ἄλλου πεῖραν τῶν ὀρθοσκοπικῶν ἐξετάσεων, γνωρίζουν καλῶς ὅτι αἱ περισσότεραι ἀλλοιώσεις τοῦ ἐντέρου παρατηροῦνται οὐχὶ κατὰ τὴν εἰσαγωγὴν καὶ προώθησιν τοῦ ὀρθοσκοπίου, ἀλλὰ κατὰ τὴν βραδείαν ἐξαγωγὴν τούτου, ὅποτε καὶ ἐντείνεται ἡ προσοχὴ τοῦ ἐξετάζοντος.

Ἐξέλιξις: Βραδεῖα. Ἐκτὸς τῆς προαναφερθείσης ὑποχρώμου ἀναιμίας, δυνατόν νὰ ἐπέλθουν καὶ ἄλλαι τινὲς ἐπιπλοκαί. Ὁ μισχωτός πολυπόδος δυνατόν νὰ συστραφῆ καὶ νὰ προκληθῆ οὕτω σφακέλωσις. Ἄλλοτε ὁ μίσχος ἀποκόπτεται αὐτομάτως —ἰδίως εἰς τὰ παιδιὰ— καὶ ὁ πολυπόδος ἀποβάλλεται αὐτομάτως. Ἐδραζόμενος παρὰ τὸ σημεῖον ἐνώσεως ὀρθοῦ σιγμοειδοῦς δυνατόν νὰ προκαλέσῃ ἐγκολεσσμόν μὲ συμπτώματα ἐντερικῆς ἀποφράξεως.

Εἰς τὸν ἐνήλικα, ἡ παρουσία ἑνὸς πολυπόδος εἰς μίαν κυρίως σκέψιν θά μᾶς ὀδηγῆ: τὴν πιθανὴν κακοήθη ἐξαλλαγὴν, ὀλιγώτερον ὁμῶς συχνὴν ἀπὸ τὴν διαπιστωμένην εἰς τὴν διάχυτον πολυποδίασιν.

Σημεῖα τινὰ ἐπιτρέπουν νὰ ὑποπτευθῆ τις μακροσκοπικῶς τὴν ἐπερχομένην ἢ ἐπελθοῦσαν ἐξαλλαγὴν τοῦ καλοήθους πολυπόδος: οὗτος γίνεται πλέον σκληρός, ὀλιγώτερον ἐλαστικός, ἢ λεία ἢ ἡύ-

λακωμένη επιφάνειά του άλλοιούται, γίνεται τραχειά, ανώμαλος, ξελεκοῦται, ἢ χροιά του ἐντόνως ἐρυθρά καὶ αἱμορραγεὶ εὐκόλως. Εἰς πλέον προκεχωρημένον στάδιον ὁ πολύποδος ἐμφανίζει ἐκσεσημασμένην σκληρίαν, ἀλλάσσει σχῆμα, παραμορφοῦται, ἢ δὲ βάσις του σκληρυνομένη ἐπεκτείνεται, οὕτως ὥστε ἐξαφανίζονται οἱ ἀρχικοὶ χαρακτήρες.

Ἐὰν τῇ διαπιστώσει πολύποδος ἐπιβάλλεται ἡ, κατόπιν βιοψίας, ιστολογικὴ ἐξέτασις. Ἀρνητικὴ ὁμως ἀπάντησις ἐπ' οὐδενὶ λόγῳ ἀποκλείει τὴν διάγνωσιν τῆς κακοήθους ἐξαλλαγῆς, δεδομένου ὅτι αὕτη δυνατὸν νὰ ἐπέλθῃ οὐχί, ὡς συνήθως, κατὰ τὴν ἐπιφάνειαν, ἀλλὰ παρὰ τὴν βάσιν τοῦ πολύποδος. Ὡς ἐκ τούτου προτιμᾶται ἡ ὁλικὴ ἀφαίρεσις τοῦ πολύποδος, ἀποφευγομένης τοιουτοτρόπως μιᾶς, κατόπιν βιοψίας, πιθανῆς μεγάλης αἱμορραγίας λόγῳ τῆς ἀγγειοβριθοῦς συστάσεώς του. Καὶ προκειμένου μὲν περὶ μισχωτοῦ πολύποδος, ἢ ἐξαιρέσις θὰ γίνῃ διὰ τοῦ διαθερμικοῦ βρόγχου, ὅστις ἐξασφαλίζει συγχρόνως καὶ τὴν αἰμόστασις. Εἰς περίπτωσιν ὅμως ἀμίσχου πολύποδος, προτιμᾶται ἡ κατόπιν ἀπολινώσεως τῆς βάσεως του χειρουργικὴ ἀφαίρεσις. Οὕτως ἐπὶ ὀλοκλήρου τοῦ πολύποδος θὰ ἐρευνησωμεν, κατόπιν πολλῶν τομῶν, τὴν πιθανὴν ἐξαλλαγὴν.

Καὶ μετὰ τὴν ἀφαίρεσιν ὅμως τοῦ πολύποδος, ὁ ἄρρωστος θὰ παρακολουθεῖται συχνὰ καὶ μάλιστα ὀρθοσκοπικῶς, δεδομένου ὅτι ὁ πολύποδος ὑποτροπιάζει, ἄλλοτε μὲν ὡς καλοήθης, ἄλλοτε ὅμως ἐμφανίζεται εἰς τὸ αὐτὸ σημεῖον καρκίνος.

Διαφορικὴ διάγνωσις. Θὰ ἀποκλείσωμεν τοὺς ἄλλους, σπανίους, καλοήθεις ὄγκους τοῦ ὀρθοῦ, ἥτοι ἰνώματα, λιπώματα, λεμφαδενώματα κλπ. Σημειωτέον, ὅτι τὸ μικρὸν μέγεθος τοῦ πολύποδος ἐπ' οὐδενὶ λόγῳ ἀποκλείει τὴν διάγνωσιν ἑνὸς ἀρχομένου καρκίνου.

Ἡ πλέον δυσχερὴς διάγνωσις εἶναι οἱ ψευδοπολύποδες τοῦ Weischelma, φλεγμονώδους φύσεως. Οὗτοι μακροσκοπικῶς δὲν διαφέρουν τῶν ἀδενωμάτων. Χαρακτηρίζονται ὅμως ἐκ τοῦ γεγονότος, ὅτι ἐμφανίζονται εἴτε κατὰ τὴν διαδρομὴν ἢ εἴτε καὶ μετὰ τὴν ἀποδρομὴν μιᾶς χρονίας φλεγμονώδους κολίτιδος, καὶ κυρίως κατὰ μίαν βαρεῖαν αἱμορραγικὴν κολίτιδα, μίαν βιλार्κίαν, μίαν βακτηριδικὴν ἢ ἀμοιβαδικὴν δυσεντερίαν. Οἱ ψευδοπολύποδες οὗτοι συνοδεύονται ὅμως καὶ ἀπὸ τὰ ἄλλα ὀρθοσκοπικὰ εὐρήματα τῆς εἰδικῆς νόσου, συνήθως δὲ ὑποχωροῦν κατόπιν καταλήλου θεραπείας στρεφομένης κατὰ τῆς πρωταρχικῆς νόσου. Ὡς εἶδομεν, ἐξ ἄλλου, εἰς τὰ εἰδικὰ κεφάλαια, οἱ ψευδοπολύποδες οὗτοι

σπανιώτατα ύφίστανται τὴν κακοήθη ἐξαλλαγὴν (βλ. αιμορραγικὴ κολίτις).

2. ΠΟΛΥΠΟΥΣ ΤΟΥ ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΥΣ ΚΑΙ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ἡ εἰς τὸ σιγμοειδὲς καὶ ὑπόλοιπον κόλον ἐντόπιαις ἐνὸς μονή-
ρους πολύποδος εἶναι μὲν ὀλιγώτερον συχνὴ ἀπὸ τὴν εἰς τὸ ὄρθον,
οὐχὶ ὁμως καὶ σπανία. Λόγῳ θέσεως, δεδομένου ὅτι τὸ ὀρθοσκόπιον
πολλάκις δὲν ἐπαρκεῖ, ἡ ἀνακάλυψις τοῦ εἶναι δυσχερὴς. Καὶ ἐνῶ
διὰ τὸ ὄρθον ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις δὲν βοηθεῖ, ἐνταῦθα ἡ ἐπιμε-
λὴς τοιαύτη εἶναι λίαν χρήσιμος καὶ ἀποκαλύπτει πολύποδας ἐδρα-
ζομένους εἰς οἰανδήποτε μοῖραν τοῦ κόλου.

Πράγματι, κατὰ τὰ τελευταῖα ἔτη, στατιστικῶς τούλάχιστον, ὁ ἀρι-
θμὸς τῶν περιπτώσεων πολυπόδων ἔχει πολλαπλασιασθῆ. Οὕτως ὁ Lahey,
εἰς χρονικὸν διάστημα 5 ἐτῶν ἀναφέρει 300 περιπτώσεις, ἐνῶ ὁ Welch 70
εἰς ἓν ἔτος. Ἀνατομικῶς τὸ ποσοστὸν κυμαίνεται ἀπὸ 0,6—6%. Ὁ Turrell
ἐπὶ 386 ὀρθοσκοπήσεων μέχρι βᾶθους 25 ἐκ. ἀνακαλύπτει πολύποδας τοῦ
σιγμοειδοῦς εἰς ἀναλογίαν 2%. Ἐὰν δὲ ληφθοῦν ὑπ' ὄψιν μόνον οἱ ἄρρωστοι
οἱ ἀναφέροντες ἀποβολὴν αἵματος ἐκ τοῦ πρωκτοῦ, τὸ ὡς ἄνω ποσοστὸν
ἀναβιβάζεται εἰς 7% τῶν περιπτώσεων.

Οἱ πολύποδες τοῦ παχέος ἐντέρου, ἀγνώστου αἰτιολογίας καὶ οὐχὶ
κληρονομικοί, ἐμφανίζονται κυρίως εἰς τὸν ἐνήλικα, ἄνευ ἰδιαιτέρας προτι-
μῆσεως πρὸς τὸ ἓν ἐκ τῶν δύο φύλων.

Ὅσον ἀπομακρυνόμεθα τοῦ σιγμοειδοῦς, τόσο ἐλαττοῦται καὶ ἡ συ-
χνότης των. Οὕτως ἐπὶ 100, οἱ 81 ἐδράζονται ἐπὶ τοῦ σιγμοειδοῦς, οἱ 13 εἰς
τὸ κατιόν, 5 εἰς τὸ ἐγκάρσιον καὶ εἰς εἰς τὸ ἀνιόν. Εἰς ἀναλογίαν 15—35%
ὁ πολύπους παύει νὰ εἶναι μονήρης, καὶ ὡς ἐκ τούτου πρέπει πάντοτε ν'
ἀναζητῶμεν τὴν πιθανὴν συνύπαρξιν καὶ ἄλλων τοιοῦτων. Ἡ διαπίστωσις
τῶν πολυπόδων τούτων δημιουργεῖ αὐτομάτως πολλαπλᾶ προβλήματα δια-
γνωστικά, προγνώσεως, λόγῳ τῆς πιθανῆς ἐξαλλαγῆς, καὶ τέλος θεραπευτικά.

Συγγραφεῖς τινες διαχωρίζουν κλινικῶς καὶ ἀκτινολογικῶς τοὺς
πολύποδας τούτους εἰς καλοήθεις καὶ ἐξαλλαγέντας.

α) Ὁ καλοήθης μονήρης πολυπόδης τοῦ κόλου
ἔχει ὡς κυρίαν κλινικὴν ἐκδήλωσιν τὴν ἐντερορραγίαν: αἷμα ἐρυ-
θρὸν, ἀποβαλλόμενον συνήθως μετὰ τῶν κοπράνων, πολλὰ ἔτη πρὸ
τῆς ἀνακαλύψεως τοῦ πολύποδος καὶ μὲ μακρὰς περιόδους ἡρεμίας.
Συνήθως τίθεται ἡ διάγνωσις αιμορροϊδῶν καὶ ἀρκετὰ συχνὰ ὁ ἄσθε-
νὴς ὑποβάλλεται εἰς τὴν διὰ σκληρυντικῶν ἐνέσεων θεραπείαν. Ἡ
παρὰ τὴν θεραπείαν ταύτην ἐπιμονὴ τῶν αιμορραγιῶν ἐπιβάλλει
τὴν ἀναζήτησιν ἄλλης αἰτιολογίας τῶν αιμορραγιῶν τούτων.

Ἡ ὀρθοσκόπησις εἶναι ἐξαιρετικῶς πολύτιμος, ἰδίως
ὅταν ἐκτελεῖται ἐν πλήρει αιμορραγίᾳ, ὅποτε καὶ διαπιστοῦται ἡ
ὑπαρξίς μαύρου αἵματος ἐντὸς τοῦ ὄρθου. Τοῦτο σημαίνει ὅτι τὸ

αίμα δὲν προέρχεται ἐκ τῶν κατωτέρω εὑρισκομένων αἱμορροϊδῶν, ἀλλ' ἐκ τινος ἄλλου αἵτιου ὑψηλότερον ἐδραζομένου.

Οἱ μονήρεις πολύποδες τοῦ σιγμοειδοῦς εἶναι σχεδόν πάντοτε μισχωτοί, ὁ δὲ μίσχος τῶν εἶναι λίαν ἐπιμήκης, μέχρι 10 - 15 ἐκ. Ὡς ἐκ τούτου ὁ πολύπους μετακινεῖται εὐκόλως καὶ παρὰ τὴν ὑψηλὴν θέσιν τῆς βάσεως του προπίπτει ἐνίοτε μέχρι καὶ τοῦ πρωκτοῦ. Λόγω τῆς μεγάλης ταύτης εὐκινήσιος ὁ πολύπους ὀλισθαίνει, ἐξαφανίζεται ἀπὸ τῆς μιᾶς ὀρθοσκοπήσεως εἰς τὴν ἄλλην καὶ δυσχεραίνεται οὕτως ἡ βιοψία.

Ἀκτινολογικῶς οἱ πολύποδες τοῦ ὀρθοῦ σπανίως ἀποκαλύπτονται. Οἱ τοῦ σιγμοειδοῦς ὄμως καὶ κόλου ὄχι μόνον ἀποκαλύπτονται ἀρκετὰ συχνά, ἀλλὰ περιγράφονται καὶ ὠρισμένα ἀκτινολογικὰ εὐρήματα, ἅτινα πιθανολογοῦν καὶ ἐπὶ τῆς ιστολογικῆς αὐτῶν ὑφῆς. Κατόπιν βαριούχου ὑποκλυσμοῦ, ἐν πληρώσει καὶ ἡμιπληρώσει, ἐνίοτε καὶ κατόπιν ἐμφυσήσεως ἀέρος, θὰ ληφθοῦν ἀκτινογραφίαι εἰς πολλὰς προβολάς, ἰδίως εἰς πλαγίας, οὕτως ὥστε ν' ἀποτυπωθῇ ὄχι μόνον ὁ πολύπους, ἀλλὰ καὶ ὁ μίσχος τούτου μετὰ τῆς βλεννογονίου βάσεως του, — ἐντόπισις ἀπαραίτητος διὰ τὴν μελλοντικὴν χειρουργικὴν ἐπέμβασι.

Ὁ πολύπους θὰ ἐμφανισθῇ ὡς μία κηλὶς ἀνοικτοῦ χρώματος μεδρια σαφῆ, μεγέθους δὲ ἀπὸ κερασίου μέχρι καρύου. Συνήθως εἶναι στρογγύλος, ἄλλοτε δὶλοβος ἢ καὶ τρίλοβος, σπανιώτερον πολυκυκλικός. Ὁ μίσχος ἀποτυπῶνται ὡς μία λεπτὴ καὶ ἀνοικτοῦ χρώματος ταινία, διαφόρου μήκους, εἴτε ὑπερθεν εἴτε κάτωθεν τοῦ πολύποδος. Ἡ βάσις τοῦ μίσχου διακρίνεται ἐπὶ τῆς πλαγίας ἐπιφανείας τοῦ ἐντέρου ὡς ἐν μικρὸν ἀποτύπωμα λόγῳ τῆς ἕλξεως τοῦ βλεννοτόνου ἢ τοῦ ἐντερικοῦ τοιχώματος. Τὸ μόνον σταθερὸν τοῦτο καὶ ἀκίνητον σημεῖον δεόν νὰ προσδιορισθῇ ἐπακριβῶς διὰ τὸν χειρουργόν. Καὶ τοῦτο διότι, ὡς εἶπομεν, αὐτὸς οὗτος ὁ πολύπους μετακινεῖται τὰ μέγιστα καὶ ἀπὸ τῆς μιᾶς ἐξετάσεως εἰς τὴν ἄλλην, ὡς ἀκολουθῶν τὰς περισταλτικὰς κινήσεις τοῦ ἐντέρου κατέρχεται, ἐνῶ ἄλλοτε ἀνέρχεται ἀλλάσσων θέσεις ποικιλοῦσας κατὰ 10 - 15 ἐκ. Τὸ παρὰ τὴν βάσιν τοῦ μίσχου τοίχωμα τοῦ ἐντέρου ἀλλοιοῦται, φλεγμαίνει, ὁ βλεννογόνος ἔλκεται καὶ ἔχομεν οὕτω μιαν ἀρχομένην συστροφὴν εἴτε ἐγκολεασμόν.

Παρουσία μιᾶς τοιαύτης ἀκτινολογικῆς εἰκόνας θὰ πρέπη νὰ ἀποκλεισθῇ ἢ ὑπαρξίς κοπρανωδῶν μαζῶν, ἐπαναλαμβανομένων τῶν ἐξετάσεων κατόπιν ὑποκλυσμῶν καθαριότητος. Θὰ ἀναζητηθῇ ἐπίσης ἡ συνύπαρξις καὶ ἄλλων πολυπόδων.

Ἡ διαπίστῳσις ἑνὸς τοιοῦτου ἄρκετὰ εὐμεγέθους πολύποδος, μὲ κλινικάς ἐκδηλώσεις, ἐπιβάλλει τὴν ἄμεσον χειρουργικὴν ἐξάφρῃσιν. Κατόπιν λαπαροτομίας θ' ἀφαιρεθῆ καὶ ἡ βᾶσις μετὰ τμήματος βλεννογόνου διὰ τὸν κίνδυνον τῆς πιθανῆς ἐξαλλαγῆς, θὰ ἐρευνηθοῦν δὲ καὶ οἱ γειτνιαζόντες ἀδένες, ἢ ἀφάφρῃσεις τῶν ὁποίων θὰ ἐπιτρέψῃ καὶ τὴν ἱστολογικὴν ἐξέτασιν τούτων.

Δέον ὁμῶς νὰ τονισθῆ, ὅτι εἷς, ἀκτινολογικῶς διαπιστωθεὶς, πολύπους πολλάκις δὲν ἀνευρίσκεται κατὰ τὴν χειρουργικὴν ἐπέμβασιν. Ἐχουν πράγματι χειρουργηθῆ ἄρρωστοι μὲ ἀκτινολογικὴν διάγνωσιν πολύποδος, εἰς τοὺς ὁποίους οὗτος, παρὰ τὴν ὕπαρξιν του, δὲν ἀνευρέθη οὔτε κατὰ τὴν ψηλάφησιν τοῦ σιγμοειδοῦς, οὔτε κατὰ τὴν διάνοξιν του (Arnous, Bussan κ.λ.π.).

Ὡς ἐκ τούτου εἶναι ἀπαραίτητος ἡ προεγχειρητικὴ ἐπακριβῆς ἐπισήμανσις τῆς βάσεως, ὅπου καὶ θὰ διανοίξῃ ὁ χειρουργός, δεδομένου ὅτι λόγῳ τοῦ λίαν ἐπιμήκους μίσχου ἢ ἀκτινολογικῆ ἐντόπισις, μόνου τοῦ πολύποδος, δὲν ἀντιστοιχεῖ πρὸς τὴν ἀνατομικὴν βᾶσιν αὐτοῦ.

β) Ὁ ἐξαλλαγεὶς πολύπους ἔχει πλουσιωτέραν κλινικὴν συμπτωματολογίαν. Αἱ ἐντερορραγαίαι εἶναι συχναί, ἐπαναλαμβανόμεναι, καὶ ἐνίοτε τὸ μοναδικὸν αὐτῶν σύμπτωμα. Αἱ κενώσεις συνοδεύονται ὑπὸ βλεννῶν, αἰσθήματος ψευδοῦς ἀφοδεύσεως καὶ ἀπὸ δριμεῖς πόνους εἰς περίπτωσιν ἐγκολεασμοῦ προκληθέντος ὑπὸ τοῦ πολύποδος.

Εἷς τινὰς ὁμῶς περιπτώσεις ἡ κλινικὴ εἰκὼν εἶναι τελείως ἰδιότυπος. Ὁ ὑποστάς τὴν ἐξαλλαγὴν πολύπους ἐκδηλοῦται ὡς φλεγμονώδης ὄγκος μὲ ἰδίαν ἐξέλιξιν (Ch. Debray). Ἡ νόσος εἰσβάλλει ταχέως ὡς λοιμῶδες σύνδρομον μετὰ πυρετοῦ, διαρροϊκῶν κενώσεων μετὰ βλέννης, πύου ἢ καὶ αἵματος. Ἀρχικῶς ὑποπιεύεται τις τὸν τυφοειδῆ πυρετόν. Ταχύτατα ὁμῶς ἐμφανίζονται πόνοι κατὰ τὸν ἀριστερὸν λαγόνιον βόθρον, ὅπου καὶ ψηλαφᾶται φλεγμονώδης ὄγκος ἀκίνητος, ἐπώδυνος, συμφύομενος μὲ τὰ πλάγια τοιχώματα, μὲ ἀσαφῆ ὕψη, ἀνευρισκόμενος καὶ κατὰ τὴν δακτυλικὴν ἐξέτασιν. Ἡ συνοδεύουσα τὸν ὄγκον αὐτὸν λευκοκυττάρωσις μετὰ πολυμορφοπυρηνώσεως ἐνισχύει τὴν ἐντύπωσιν ἑνὸς ἀποστήματος ἢ μιᾶς ἐντετοπισμένης περιτονίτιδος, χωρὶς ν' ἀποκλείεται καὶ ἡ διάγνωσις εἴτε μιᾶς ὀξείας ἐκκολπωματίτιδος εἴτε ἑνὸς ἐπιμεμολυσμένου καρκίνου τοῦ ἐντέρου. Διὰ καταλλήλου θεραπευτικῆς ἀγωγῆς—πάγος, βιοθεραπευτικὰ γενικὰ καὶ εἰδικὰ τοῦ ἐντέρου—μετὰ 10ήμερον περίπου ὁ ὄγκος ὑποχωρεῖ καὶ τέλος ἐξαφανίζεται.

Φυσικά ἡ ἐξαφάνισις αὕτη ἀποκλείει τὴν διάγνωσιν τοῦ καρκίνου, οὐχὶ ὅμως καὶ τὴν τῆς λόγῳ ἐκκολλωμάτων περισιγμοειδίτιδος. Μόνον ἀφοῦ ὑποχωρήσῃ ἡ φλεγμονὴ θὰ προβῶμεν εἰς τὴν ὀρθοσκόπησιν, τὴν ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν καὶ τέλος τὴν χειρουργικὴν ἐπέμβασιν.

Ἡ ὀρθοσκόπησις θ' ἀποκαλύψῃ τὸν καρκίνον ἐντὸς τῶν δυνατοτήτων τῆς, ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἀπόστασιν. Θὰ παρατηρήσωμεν ὅμως τὴν παρουσίαν αἵματος καὶ βλεννῶν προερχομένων ἐκ τινος σημείου ὑπερθεν τοῦ ὀρθοῦ.

Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον οἱ πολύποδες οὔτοι δὲν ἔχουν μίσχον, διηθοῦν καὶ λόγῳ συμφύσεων καθηλώνουν τὸ ἐντερικὸν τοίχωμα. Ἐάν ἀποκαλυφθοῦν ἐνδοσκοπικῶς δίδουν τὴν εἰκόνα νεοπλάσματος: ὄγκος κραιμβοειδῆς, ἀνώμαλος, ἐξηλωμένος, σκληρὸς καὶ αἰμάσσων. Πιθανὸν νὰ ὑποπτευθῇ τις ὅτι πρόκειται περὶ καλοῖθους ἀλλὰ ἐξαλλαγέντος ὄγκου, ἐάν, σπανίως, κατορθώσῃ νὰ διαπιστώσῃ ὅτι ἡ διάμετρος τῆς βάσεως εἶναι μικροτέρα τῆς τοῦ ὄγκου.

Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις, κατόπιν βαριούχου ὑποκλυμοῦ, θὰ λάβῃ χώραν εἰς ὅλας τὰς θέσεις, ἰδίως πλαγίαν, ὅποτε ὁ πολύπους ἀπομακρύνεται τῆς βάσεώς του.

Ὅταν δὲν συνυπάρχῃ φλεγμονή, ἡ ἀκτινολογικὴ εἰκὼν εἶναι σαφῆς καὶ χαρακτηριστικὴ, ἐρμηνευομένη ἀπὸ μίαν ἔλληψιν περιφερικὴν. Ἡ ἔλληψις αὕτη εἶναι ἀνώμαλος, ἀρκετὰ ἐκτεταμένη, καταλαμβάνουσα σημαντικὴν μοῖραν τοῦ ἐντερικοῦ αὐλοῦ, ἐνῶ ἡ ἔναντι τῆς βάσεως τοῦ πολύποδος ἐπιφάνεια τοῦ ἐντέρου δὲν παρουσιάζει ἀνωμαλίαν τινά. Ἡ ἔλληψις ἔχει σχῆμα πολυκυκλικὸν καὶ ἀνώμαλον, ἐνίοτε ἡμισελήνοειδές. Ἡ βᾶσις, ὅπου προσφύεται ὁ μίσχος, καὶ ἥτις συγχέεται σχετικῶς μὲ τὸν συρρικνωθέντα μίσχον, εἶναι ὀλιγώτερον εὐρεῖα τοῦ ὄγκου, σχηματιζομένου τοιοῦτοτρόπως ἐνὸς αὐχένος.

Ἐφ' ὅσον ἡ νεοπλασματικὴ διήθησις εἶναι εἰσέτι περιορισμένης ἐκτάσεως, τὰ περὶ τὸν πολύποδα τοιχώματα διατηροῦν τὴν εὐκαμψίαν των καὶ καλύπτουν, ἐν μέρει, τὴν βᾶσιν τὴν ὁποῖαν περιβάλλουν. Δημιουργεῖται, οὕτω, μία ἀκτινολογικὴ εἰκὼν ἐν εἴδει «ἀγκύλης», ἥτις ὑπερέχει τῶν δύο πλευρῶν τοῦ αὐχένος τοῦ ὄγκου, τὸ δὲ σύνολον—ὁ ὄγκος καὶ αἱ ἀγκύλαι ὑπερθεν καὶ κάτωθεν—ἐμφανίζονται εἰς σχῆμα ἡμιανοίκτου ἡλάγρας (τανάλιας).

Τὰ κυριώτερα, ἐπομένως, ἀκτινολογικὰ σημεῖα τοῦ ἐξαλλαγέντος πολύποδος εἶναι :

— Ἡ σχετικῶς στενὴ βᾶσις τοῦ ὄγκου, σχηματιζοῦσα αὐχένα.

— Ἡ ἀκεραιότης τῆς ἔναντι τῆς βάσεως ἐπιφανείας τοῦ ἐντέρου, μὲ τὴν φυσιολογικὴν διάτασίν τῆς.

— Ἡ εἰκὼν ἐν εἴδει ἡλάγρας.

— Ἡ συνήθης ἔλλειψις στενωτικῶν φαινομένων καὶ ἀντιστοίχου διατάσεως τῆς ὑπερθεν μοίρας τοῦ ἐντέρου.

Πλησίον τοῦ ὄγκου διακρίνονται ἀρκετὰ συχνὰ ἔνια ἐκκολλώματα τοῦ ἐντέρου.

Κατὰ τὸ στάδιον τῆς φλεγμονῆς ἡ ἀκτινολογικὴ εἰκὼν μεταβάλλεται.

Περὶ τὸν δημιουργηθέντα ἐκ τῆς φλεγμονῆς ψηλαφητὸν ὄγκον δὲν ὑπάρχουν σημεῖα πίεσεως τοῦ ἐντέρου, διότι οὗτος ὀφείλεται εἰς μίαν διάχυτον περιεντερικὴν διήθησιν, ἡ δὲ ἐντερικὸς αὐλὸς εὔρσκεται εἰς τὸ κέντρον τούτου. Ἡ βάσις τοῦ πολυπόδος δὲν περιβάλλεται ὑπὸ τῶν ἐντερικῶν τοιχωμάτων καὶ ὡς ἐκ τούτου ἡ εἰκὼν ἐν εἴδει ἡλάγρας ἐξαφανίζεται. Ἡ παρυφὴ τοῦ κόλου εἶναι σχετικῶς ἄκαμπος, εὐθεῖα, καὶ συνεχίζεται ὑπὸ εὐθείας γραμμῆς μὲ τὴν βάσιν, λόγῳ τῆς ὑπὸ τῆς φλεγμονῆς προκληθείσης παχύνσεως. Κατόπιν ὁμως τῆς ἀντιφλεγμονώδους θεραπείας καὶ τῆς ὑποχωρήσεως τοῦ ὄγκου, ἐπανευρίσκομεν τὴν χαρακτηριστικὴν ἀκτινολογικὴν εἰκόνα τῆς λαβίδος, γεγονὸς ὅπερ συνηγορεῖ ὑπὲρ τοῦ ἐξαλλαγέντος πολυπόδος.

Ἡ περιγραφεῖσα ὁμως ἀκτινολογικὴ εἰκὼν δὲν εἶναι καὶ ἀπόλυτος, τὰ δὲ εὐρήματα ταῦτα δὲν ἐπαρκοῦν ὥστε νὰ τεθῆ μετὰ βεβαιότητος ἡ διάγνωσις τῆς ἐξαλλαγῆς, ὅπως δὲν δύναται καὶ ἡ ἀπουσία τούτων νὰ τὴν ἀποκλείσῃ.

Παρουσία μιᾶς τοιαύτης εἰκόνας, ἡ διαφορικὴ διάγνωσις θὰ γίνῃ μὲ τὸν καρκίνον τοῦ κόλου κυρίως—δεδομένου ὅτι ἡ θεραπευτικὴ ἀγωγή διαφέρει—, μὲ ὠρισμένα ἀποστήματα, ψυχρὰ κυρίως, μὲ τὴν φυματίωσιν τοῦ ἐντέρου, μίαν κολίτιδα, μίαν ἐκκολλωματοίτιδα μετὰ περι—σιγμοειδίτιδος κλπ.

Ἡ θεραπεία συνίσταται εἰς εὐρείαν κολεκτομὴν, εὐχερῆ, δεδομένου ὅτι ἡ διασπορὰ εἰς τοὺς ἀδένους εἶναι ὀλιγώτερον συχνὴ ἀπὸ ὅ,τι εἰς τὸν καρκίνον, ἐπομένως καὶ ἡ πρόγνωσις πολὺ πλεόν εὐνοϊκῆ.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ ΜΕΤΑΞΥ
ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΚΑΙ ΕΞΑΛΛΑΓΕΝΤΩΝ ΠΟΛΥΠΟΔΩΝ

Τὸ μόνον βέβαιον διαφορικὸν σημεῖον εἶναι ἀναμφισβητήτως ἡ Ἱστολογικὴ ἐξέτασις. Αὕτη δὲ μὴ δέον νὰ περιλάβῃ εἰς τομὰς ὁλόκληρον τὸν πολύποδα, τὸν μίσχον καὶ τὴν βάσιν. Ἡ ἀπλή βιοψία δὲν ἔπαρκει, ἔχει δὲ ἀξίαν μόνον εἰς περιπτώσιν θετικῆς ἀπαντήσεως, δεδομένου ὅτι ἐξετάζεται μόνον τμῆμα τοῦ ὄγκου, ἐνῶ ἡ ἐξαλλαγή, ὡς γνωστόν, δυνατὸν νὰ λάβῃ χώραν κατ' ἐπιφάνειαν, ἀλλὰ καὶ κατὰ βάθος, ἐντὸς αὐτοῦ τούτου τοῦ πολύποδος, ἢ μόνον εἰς τὸν μίσχον ἢ μόνον εἰς τὴν βάσιν.

Ἐπιβάλλεται, ἐπομένως, ἡ ὀλική, κατόπιν ἐπεμβάσεως, ἐξαίρεσις τοῦ πολύποδος μετὰ τῆς βάσεώς του.

Μακροσκοπικῶς ὑπάρχουν ὠρισμένα σημεῖα συνηγοροῦντα ὑπὲρ τοῦ καλοήθους ἢ τούναντίον τοῦ ἔχοντος ὑποστή τὴν ἐξαλλαγὴν πολύποδος.

Καλοήθους πολύπους

Ὅψις: ὁμαλός, στρογγύλος, δὲν αἰμορραγεῖ.

Σύστασις: μαλακός, ἐλαστικός, δυσχερῶς ἀνευρισκόμενος

Ἀκτινολογικῶς: Ὑπαρξίς μίσχου συνήθως ἐπιμήκους.

Ἐξαλλαγεῖς πολύπους. Ἀνώμαλος, ἐξηλωμένος, αἰμορραγεῖ. Σκληρός.

Ἀπουσία μίσχου ἢ μίσχος βραχύς, συρρικνωμένος λόγω τῆς φλεγμονῆς καὶ διηθήσεως. Εἰκὼν ἡλάγρας, ἀκεραιότης τοῦ ἐναντι ἐντερικοῦ τοιχώματος, δημιουργία αὐχένος μετὰξὺ πολύποδος καὶ βάσεως.

Κατὰ τὴν ἐπέμβασιν:

Βάσις μὴ διηθημένη, εὐκαμπτος.

Βάσις σκληρὰ μὲ διήθησιν καὶ συρρίκνωσιν τοῦ ἀντιστοίχου ἐντερικοῦ τοιχώματος, δημιουργουμένης μιᾶς εἰκόνας ὀμφαλοειδοῦς.

Ἱστολογικὴ ἐξέτασις:

Ἀδένωμα.

Εἰκὼν μικτῆ ἀδενώματος καὶ κακοήθους ἐξαλλαγῆς.

Ἡ συχνότης τῆς ἐξαλλαγῆς δὲν δύναται νὰ προσδιορισθῇ ἐπακριβῶς. Ὁ Klemperec ἐπὶ 99 περιπτώσεων ἀνευρίσκει συχνότητα 14%, ἐπὶ 100 περιπτώσεων ὁ Klein 23%, ὁ δὲ Mayo Smith 56% ἐπὶ 57 περιπτώσεων. Πάντως ἡ ἐξαλλαγή φαίνεται ἀρκετὰ

— Ἡ ἀκεραιότης τῆς ἐναντι τῆς βάσεως ἐπιφανείας τοῦ ἐντέρου, μὲ τὴν φυσιολογικὴν διάτασίν τῆς.

— Ἡ εἰκὼν ἐν εἴδει ἡλάγρας.

— Ἡ συνήθης ἔλλειψις στενωτικῶν φαινομένων καὶ ἀντιστοίχου διατάσεως τῆς ὑπερθεν μοίρας τοῦ ἐντέρου.

Πλησίον τοῦ ὄγκου διακρίνονται ἀρκετὰ συχνὰ ἔνια ἐκκολπώματα τοῦ ἐντέρου.

Κατὰ τὸ στάδιον τῆς φλεγμονῆς ἡ ἀκτινολογικὴ εἰκὼν μεταβάλλεται.

Περὶ τὸν δημιουργηθέντα ἐκ τῆς φλεγμονῆς ψηλαφητὸν ὄγκον δὲν ὑπάρχουν σημεῖα πίεσεως τοῦ ἐντέρου, διότι οὗτος ὀφείλεται εἰς μίαν διάχυτον περιεντερικὴν διήθησιν, ἡ δὲ ἐντερικὸς αὐλὸς εὐρίσκεται εἰς τὸ κέντρον τούτου. Ἡ βᾶσις τοῦ πολύποδος δὲν περιβάλλεται ὑπὸ τῶν ἐντερικῶν τοιχωμάτων καὶ ὡς ἐκ τούτου ἡ εἰκὼν ἐν εἴδει ἡλάγρας ἐξαφανίζεται. Ἡ παρυφὴ τοῦ κόλου εἶναι σχετικῶς ἄκαμπτος, εὐθεῖα, καὶ συνεχίζεται ὑπὸ εὐθείας γραμμῆς μὲ τὴν βᾶσιν, λόγῳ τῆς ὑπὸ τῆς φλεγμονῆς προκληθείσης παχύνσεως. Κατόπιν ὁμως τῆς ἀντιφλεγμονώδους θεραπείας καὶ τῆς ὑποχωρήσεως τοῦ ὄγκου, ἐπανευρίσκομεν τὴν χαρακτηριστικὴν ἀκτινολογικὴν εἰκόνα τῆς λαβίδος, γεγονός δὲ περὶ συνηγορεῖ ὑπὲρ τοῦ ἐξαλλαγέντος πολύποδος.

Ἡ περιγραφεῖσα ὁμως ἀκτινολογικὴ εἰκὼν δὲν εἶναι καὶ ἀπόλυτος, τὰ δὲ εὐρήματα ταῦτα δὲν ἐπαρκοῦν ὥστε νὰ τεθῆ μετὰ βεβαιότητος ἡ διάγνωσις τῆς ἐξαλλαγῆς, ὅπως δὲν δύναται καὶ ἡ ἀπουσία τούτων νὰ τὴν ἀποκλείσῃ.

Παρουσία μιᾶς τοιαύτης εἰκόνας, ἡ διαφορικὴ διάγνωσις θὰ γίνῃ μὲ τὸν καρκίνον τοῦ κόλου κυρίως—δεδομένου ὅτι ἡ θεραπευτικὴ ἀγωγή διαφέρει—, μὲ ὠρισμένα ἀποστήματα, ψυχρὰ κυρίως, μὲ τὴν φυματίωσιν τοῦ ἐντέρου, μίαν κολίτιδα, μίαν ἐκκολπωματίτιδα μετὰ περι—σιγμοειδίτιδος κλπ.

Ἡ θεραπεία συνίσταται εἰς εὐρεῖαν κολεκτομήν, εὐχερῆ, δεδομένου ὅτι ἡ διασπορά εἰς τοὺς ἀδένας εἶναι ὀλιγώτερον συχὴ ἀπὸ ὅ,τι εἰς τὸν καρκίνον, ἐπομένως καὶ ἡ πρόγνωσις πολὺ πλέον εὐνοϊκὴ.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ ΜΕΤΑΞΥ
ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΚΑΙ ΕΞΑΛΛΑΓΕΝΤΩΝ ΠΟΛΥΠΟΔΩΝ

Τὸ μόνον βέβαιον διαφορικὸν σημεῖον εἶναι ἀναμφισβητήτως ἡ ἱστολογικὴ ἐξέτασις. Αὕτη ὅμως δεόν νὰ περιλάβῃ εἰς τομὰς ὀλόκληρον τὸν πολύποδα, τὸν μίσχον καὶ τὴν βάσιν. Ἡ ἀπλήρως βιοψία δὲν ἐπάρκει, ἔχει δὲ ἀξίαν μόνον εἰς περιπτώσιν θετικῆς ἀπαντήσεως, δεδομένου ὅτι ἐξετάζεται μόνον τμήμα τοῦ ὄγκου, ἐνῶς ἡ ἐξαλλαγή, ὡς γνωστὸν, δυνατόν νὰ λάβῃ χώραν κατ' ἐπιφανείαν, ἀλλὰ καὶ κατὰ βάθος, ἐντὸς αὐτοῦ τούτου τοῦ πολύποδος, ἢ μόνον εἰς τὸν μίσχον ἢ μόνον εἰς τὴν βάσιν.

Ἐπιβάλλεται, ἐπομένως, ἡ ὀλική, κατόπιν ἐπεμβάσεως, ἐξαίρεσις τοῦ πολύποδος μετὰ τῆς βάσεώς του.

Μακροσκοπικῶς ὑπάρχουν ὠρισμένα σημεῖα συνηγοροῦντα ὑπὲρ τοῦ καλοήθους ἢ τούναντιον τοῦ ἐχοντος ὑποστή τὴν ἐξαλλαγὴν πολύποδος.

Καλοήθης πολύπους

Ὅψις : ὀμαλός, στρογγύλος, δὲν αἰμορραγεῖ.

Σύστασις : μαλακός, ἐλαστικός, δυσχερῶς ἀνευρισκόμενος

Ἀκτινολογικῶς : Ὑπαρξίς μίσχου συνήθως ἐπιμήκουσ.

Ἐξαλλαγεῖς πολypous. Ἀνώμαλος, ἐξηλωμένος, αἰμορραγεῖ. Σκληρός.

Ἀπουσία μίσχου ἢ μίσχος βραχύς, συρρικνωμένος λόγω τῆς φλεγμονῆς καὶ διηθήσεως. Εἰκὼν ἠλάγρας, ἀκεραϊότης τοῦ ἐναντι ἐντερικοῦ τοιχώματος, δημιουργία αὐχένου μετὰ πολypodos καὶ βάσεως.

Κατὰ τὴν ἐπέμβασιν :

Βάσις μὴ διηθημένη, εὐκαμπτος.

Βάσις σκληρὰ μὲ διήθησιν καὶ συρρίκνωσιν τοῦ ἀντιστοίχου ἐντερικοῦ τοιχώματος, δημιουργουμένης μιᾶς εἰκόνας ὀμφαλοειδοῦς.

Ἱστολογικὴ ἐξέτασις :

Ἀδένωμα.

Εἰκὼν μικτὴ ἀδενώματος καὶ κακοήθους ἐξαλλαγῆς.

Ἡ συχνότης τῆς ἐξαλλαγῆς δὲν δύναται νὰ προσδιορισθῇ ἐπακριβῶς. Ὁ Klemperec ἐπὶ 99 περιπτώσεων ἀνεύρισκει συχνότητα 14%, ἐπὶ 100 περιπτώσεων ὁ Klein 23%, ὁ δὲ Mayo Smith 56% ἐπὶ 57 περιπτώσεων. Πάντως ἡ ἐξαλλαγή φαίνεται ἀρκετὰ

συχνή, άρκει ν' αναζητείται, ή δε ιστολογική εξέταση νά είναι πλήρης.

Η σχέση μεταξύ πολύποδος και καρκίνου παρουσιάζει ιδιαίτερον ενδιαφέρον. Πολλοί υποστηρίζουν ότι κάθε καρκίνος του κόλου είναι εις εξαλλαγείς πολύπους. Βασίζονται δε επί της παραλλήλου συχνότητας του καρκίνου και των πολυπόδων, προΐούσης δε της ηλικίας εις την συχνοτάτην συνύπαρξιν του καρκίνου και πολύποδος μετά ή άνευ μίσχου, εις την συχνήν εξαλλαγήν και εις τό γεγονός, ότι ή πλήρης ιστολογική μελέτη ενός καρκίνου του κόλου άποκαλύπτει άρκετά συχνά την ύπαρξιν άδενωματώδους ιστού. "Ετερον έπιχείρημα είναι ή πάντοτε βεβαία εξαλλαγή εις την διάχυτον πολυποδίασιν και, τέλος, εις τό ότι εις την θέσιν προϋπάρξαντος και διαπιστωθέντος πολύποδος άνεπτύχθη έν συνεχεία καρκίνος.

Άλλοι, όμως, συγγραφείς υποστηρίζουν, ότι όλοι οι καρκίνοι δέν άναπτύσσονται επί πολύποδος, ώρισμένοι όμως πολυποδες ύφίστανται την εξαλλαγήν, ή συχνότης της όποίας δέν πρέπει νά παραβλέπεται.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΜΟΝΗΡΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΟΣ

"Αμα τή διαπιστώσει ενός πολύποδος, ούτος δέον άμέσως ν' άφαιρεθῆ έν τῷ συνόλω του, συμπεριλαμβανομένης και της βάσεώς του, ήτις δέον νά καταστραφῆ.

Η συνήθης και πλέον έν χρήσει θεραπευτική μέθοδος ήτο ή μέσῳ του όρθοσκοπίου είσαγωγή ενός διαθερμικού βρόγχου, ή σύσφιγξις του μίσχου και ή ήλεκτροπηξία παρά την βάση του πολύποδος, έγγύς του έντερικού βλεννογόνου. Ούτω, συγχρόνως μέ την άφαίρεσιν του, έξησφαλιζέτο και ή αίμόστασις. "Ο μόνος γνωστός, τότε, κίνδυνος ήτο ή αιμορραγία, σπανία, ένίοτε όμως άρκετά σοβαρά και όφειλομένη εις την άπόπτωσιν της έσχάρας. Τοϋτο παρετηρείτο ίδίως ούχι κατόπιν άμέσου άφαιρέσεως διά του διαθερμικού βρόγχου, αλλά άν έγίνετο, κατά την μέθοδον του Marshon, άπλη ήλεκτροπηξία άνευ άφαιρέσεως του πολύποδος, όστις άπεσπάτο μετά τινας ώρας ή ήμέρας.

Τά τελευταία όμως έτη έσημειώθη έν άτύχημα, όπερ μάς κατέστησε λίαν διστακτικούς και σχεδόν άπηγόρευσε την δι' ήλεκτροπηξίας άφαιρεσιν των έν τῷ βάθει εύρισκομένων πολυπόδων.

Εις άρρωστον, κατά την διάρκειαν της ήλεκτροπηξίας, έσημειώθη έκρηξις των αερίων του όρθου — σιγμοειδοϋς, μέ ρήξιν του σιγμοειδοϋς εις μήκος 12 εκ., εκ της όποίας έπηλθεν ό θάνατος, παρά την ταχειάν επέμβασιν. Κατά την νεκροψίαν του άρρώστου αύτου άνευρέθησαν κόπρανα εις όλην την περιτοναϊκήν κοιλότητα.

Μικράς έκρήξεις και έλαφράν άνάφλεξιν αερίων έχομεν παρα-

τηρήσει καὶ ἡμεῖς, μέσῳ τοῦ πρωκτοσκοπίου, ἄνευ σημασίας τινός. Ἐσημειώθησαν ὁμῶς, παρ' ἄλλων, καὶ ἐγκαυμάτα τοῦ ὄρθου.

Ὡς ἐκ τούτου ὁ φίλος καὶ συνάδελφος κ. Αἰγίου ἐν Παρισίοις ἐπενόησεν ὀρθοσκοπίον ἐντὸς τοῦ ὁποίου διοχετεύεται ὑπὸ πίεσιν ἄζωτον, ἀέριον μὴ ἀναφλέξιμον, καὶ οὕτω ἐκτελεῖται ἀκινδύνως ἡ ἠλεκτροπηξία.

Ἐλλείπει τοιοῦτου ὀρθοσκοπίου ἡ ἀπόφραξις, ὕπερθεν τοῦ πολυπόδος, τοῦ ὄρθου ὑπὸ διατεινομένης ἐλαστικῆς σφαίρας ἐξα-σφαλίζει οὐσιαστικῶς ἀπὸ κάθε κίνδυνον.

Ὅσάκις καὶ τοῦτο δὲν εἶναι κατορθωτόν, ἐπιβάλλεται ἡ χειρουργικὴ ἐξαιρέσις, ἣτις θὰ συμπεριλάβῃ καὶ τὸν βλεννογόνον ἐπὶ τοῦ ὁποίου προσφύεται ὁ μίσχος. Ἐὰν δὲ διαπιστωθῇ ἐξαλλαγή, εἶναι προτιμότερον, εἰς δευτέραν ἐπέμβασιν, νὰ γίνῃ μερικὴ κολεκτομή.

Β' ΔΙΑΧΥΤΟΣ ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΙΣ

Νόσος βαρείας προγνώσεως, τὴν ὁποίαν διαχωρίζομεν σαφῶς ἀφ' ἑνὸς μὲν τῶν μονήρων πολυπόδων καὶ ἀφ' ἑτέρου τῆς διασπάρτου πολυποδιάσεως, χάρις εἰς δύο ἰδίους χαρακτήρας: Τὴν κληρονομικότητα, καὶ τὴν οἰκογενῆ προέλευσίν της.

Πράγματι, πρόκειται περὶ ἰδιοπαθοῦς νόσου, μὲ κύριον χαρακτηριστικὸν εὔρημα τοὺς ἀναριθμήτους πολυπόδας, χιλιάδας τὸν ἀριθμόν, οἵτινες καταλαμβάνουν ὀλόκληρον τὸ παχὺ ἔντερον ἀπὸ τοῦ πρωκτοῦ μέχρι καὶ τῆς εἰλεο—τυφλικῆς βαλβίδος, ὡς καὶ τὸ γεγονός ὅτι μεταβιβάζεται κατὰ τοὺς νόμους τοῦ Mendel, ἀπὸ τοῦ ἑνὸς ἀτόμου εἰς τὸ ἕτερον τῆς αὐτῆς οἰκογενείας. Διαγιγνώσκεται κατὰ τὴν νεαρὰν ἡλικίαν, ἰδίως κατὰ τὴν ἡβην, μετὰ μίαν δὲ εἰκοσαετίαν, τὸ βραδύτερον, ἐξελίσσεται πάντοτε πρὸς τὸν καρκίνον.

Ὁ κληρονομικὸς οὗτος χαρακτήρ τῆς νόσου ἐτονίσθη, τὸ πρῶτον, ὑπὸ τοῦ H. Cripps τὸ 1882, ἐπεβεβαιώθη δὲ ἔκτοτε ὑπὸ πολλῶν ἄλλων συγγραφέων.

Κατὰ τὸν Duker, ἡ νόσος ναὶ μὲν εἶναι κληρονομικὴ, ὄχι ὁμῶς καὶ συγγενῆς. Ὁ κληρονομικὸς παράγων δὲν ἀποτελεῖ παρὰ προδιαθέτουσαν κατάστασιν τοῦ ἐντερικοῦ βλεννογόνου εἰς τὸ νὰ δημιουργῇ πολυπόδας. Ὁ ἐντερικὸς βλεννογόνος τῶν ἀρρώστων αὐτῶν ἐνέχει κληρονομικοὺς χαρακτήρας τοιοῦτους, ὥστε, εἰς δεδομένην στιγμήν, ἡ ἀνώμαλος ἀνάπτυξις αὐτοῦ νὰ δημιουργῇ πολυπόδας.

Ἡ κληρονομικότης αὕτη δὲν ἰσχύει μόνον διὰ τὴν ἰδιοπαθῆ

πολυποδιάσιν, αλλά και διά τόν καρκίνον τοῦ ὀρθοῦ καί τοῦ κόλου, οἱ δέ συγγενεῖς —πρόγονοι ἢ ἀπόγονοι τῶν πασχόντων ἐκ πολυποδιάσεως— ἔχουν ἀποθάνει ἢ ἀποθνήσκουν συνήθως ἐκ καρκίνου τοῦ παχέος ἐντέρου.

Ἡ εἰδική αὕτη προδιάθεσις τοῦ βλεννογόνου εἰς τὸ νά σχηματίσῃ πολυπόδας ἐξηγεῖ πιθανώτατα καί τὸ γεγονός, ὅτι τὰ πρῶτα συμπτώματα τῆς ἰδιοπαθοῦς πολυποδιάσεως δέν ἐκδηλοῦνται μόνον κατὰ τὴν νεαρὰν ἡλικίαν, ἀλλά καί εἰς πλεον προκεχωρημένην, ἤτοι καί μετὰ τὸ τεσσαρακοστὸν ἔτος.

Ἡ ἐξέτασις, ἐξ ἄλλου, τοῦ γενεαλογικοῦ δένδρου τῶν πασχουσῶν ἐκ τῆς πολυποδιάσεως ταύτης οἰκογενειῶν, ἀποκαλύπτει ὅτι ἡ νόσος ἐξεδηλοῦτο εἰς ἄτομα διαφόρου ἡλικίας. Πιθανώτατα, ὅπως τοῦτο παρατηρεῖται καί εἰς ἄλλας νόσους, αἵτινες ὑπακούουν εἰς τοὺς νόμους τοῦ Mendel, οὕτω καί ἐδῶ, ἀπὸ γενεᾶς εἰς γενεάν, νά προσβάλλωνται ὁλοὲν καί νεώτερα τὴν ἡλικίαν ἄτομα. Οὕτως ἐξηγοῦνται καί αἱ διαφοραὶ συγγραφῶν τινῶν, οἵτινες ἀναφέρουν περιπτώσεις εἰς ἡλικίαν ἀπὸ ἐνὸς μέχρις ἑβδομήκοντα ἐτῶν. Κυρίως ὅμως θά ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν, ὅτι ἡ νόσος ἐκδηλοῦται μετὰ τοῦ 10οῦ ἕως 30οῦ ἔτους, σπανιώτατα κατὰ τὴν βρεφικὴν ἡλικίαν (6 μηνῶν) ἢ προκεχωρημένην τοιαύτην (ἄνω τῶν 60 ἐτῶν). Εἰς ὄσας αὐτὰς τὰς περιπτώσεις ὁ προέχων χαρακτήρ τῆς νόσου ἦτο ὁ κληρονομικὸς καί οἰκογενειακός.

Τὸ σημειούμενον καί προεξάρχον ἀγωνιώδες πρόβλημα εἰς ὄσας τὰς γνωστάς περιπτώσεις ἰδιοπαθοῦς πολυποδιάσεως εἶναι τὸ μέγα ποσοστὸν τῆς κακοήθους ἐξαλλαγῆς. Δυνάμεθα νά παραδεχθῶμεν, ὅτι κάθε ἄτομον πάσχον ἐκ τῆς νόσου ταύτης, εἴαν δέν ἀποθάνῃ ἐξ ἄλλης αἰτίας, θά ὑποκύψῃ ὁπωσδήποτε ἀργά ἢ γρήγορα—μετὰ μίαν εἰκοσαετίαν τὸ βραδύτερον—, εἰς νεαρὰν δὲ συνήθως ἡλικίαν, εἰς καρκίνον τοῦ ἐντέρου.

Ὁ Tonnessen, μελετῶν τὰς σχέσεις ἰδιοπαθοῦς πολυποδιάσεως καί καρκίνου, ὑπολογίζει τὴν θνησιμότητα λόγῳ τῆς ἐπερχομένης νεοπλασματικῆς ἐξαλλαγῆς εἰς ποσοστὸν 46%.

Ἐάν ὅμως ὑπολογίσῃ τις ἐπὶ τῶν περιπτώσεων αὐτῶν ἐκεῖνας μόνον, αἵτινες ἔφθασαν εἰς τὸ τέλος των, δηλαδὴ ἐν πλήρει ἐξελίξει, τὸ ποσοστὸν θανάτων ἐκ καρκίνου ἀναβιβάζεται εἰς 63%, οἱ δὲ ὑπολοίποι ἀπεβίωσαν ἐξ ἄλλων αἰτίων.

Ἡ τρομακτικὴ αὕτη συχνότης τῆς κακοήθους ἐξαλλαγῆς ἀποδίδεται εἰς τρία κυρίως αἷτια :

— Εἰς τοὺς πολλαπλοῦς ὄγκους. Κατὰ τὴν ἰδιοπαθῆ πολυποδιάσιν οἱ μικροὶ οὗτοι ὄγκοι καταλαμβάνουν ὀλόκληρον

ρον τὴν ἑκτασιν τοῦ παχέος ἐντέρου, οὕτως ὥστε νὰ μὴ διακρίνεται φυσιολογικός βλεννογόνος, ὁ δὲ ἀριθμὸς τῶν ὑπερβαίνει ἐνίοτε τὰς δέκα χιλιάδας. Μολαταῦτα καὶ ἐδῶ παρατηρεῖται, ὅτι μοῖραί τινες τοῦ κόλου προσβάλλονται περισσότερο ἀπὸ ἄλλας καὶ ἔχομεν οὕτω, ἐνίοτε, τὴν ἐντύπωσιν, ὅτι πρόκειται περὶ μερικῆς πολυποδιάσεως. Κατὰ κανόνα τὸ ὄρθον εἶναι πάντοτε προσβεβλημένον, σπανιώτατα ὅμως καὶ τὸ λεπτόν ἐντερον καὶ τὸ 12δάκτυλον καὶ ὁ στόμαχος.

“Ὅλοι αὐτοὶ οἱ πολύποδες ὑπόκεινται εἰς τὸν κίνδυνον τῆς ἐξαλλαγῆς. Λαμβανομένου δὲ ὑπ’ ὄψιν τοῦ μεγάλου ἀριθμοῦ τῶν, μοιραῖον εἶναι ν’ ἀξάνουν ἀναλόγως καὶ αἱ πιθανότητες ἐξαλλαγῆς, ἐφ’ ὅσον τὸ ἐντερον αὐτὸ περιέχει πληθώραν κυττάρων μὲ τὴν καρκινωματώδη προδιάθεσιν. Τοιουτοτρόπως ἔχομεν πολὺ περισσότεράς πιθανότητας, ὅτι ὁ εἰς τούλάχιστον ἐκ τῶν πολυπόδων θὰ ὑποστῇ τὴν κακοήθη ἐξαλλαγὴν, ἐὰν ὄχι περισσότεροὶ συγχρόνως.

— Οἱ ἱστολογικὸὶ χαρακτῆρες τῶν κυττάρων τοῦ ὄγκου καὶ ἡ ἱστολογικὴ ὕψη τῶν πολυπόδων.

Κατὰ τοὺς Schmieden καὶ Westhues, εἰς τὰς περισσότερας τῶν περιπτώσεων παρατηρεῖται μία ἐκσεσημασμένη ἀδιαφοροποίησις τῶν κυττάρων, δηλαδὴ οἱ πολύποδες οὗτοι ἀνήκουν εἰς τὰς νεοπλασίας ἐκείνας, αἵτινες δεικνύουν τὴν μεγαλυτέραν τάσιν πρὸς ἐξαλλαγὴν.

Παρατηρήθησαν, μολαταῦτα, ὑπὸ τινῶν, εἰς πολυπόδας ἐλάχιστα ἀδιαφοροποιηθέντας, σαφεῖς ἐνδείξεις κακοήθους ἐξαλλαγῆς, ἐνῶ εἰς ἄλλους εὐρισκομένους εἰς προκεχωρημένον στάδιον ἀδιαφοποιήσεως οὐδὲν τοιοῦτον σημεῖον ἐξαλλαγῆς παρατηρήθη. Καὶ ἵνα δοθῇ ἐξήγησις εἰς τὰς ἀντιθέσεις ταύτας, προεβλήθη ὁ παράγων τοῦ ἐδάφους καὶ τῆς προδιαθέσεως.

Πρόσφατοι, ἐξ ἄλλου, μελέται ἀπέδειξαν, ὅτι ἡ πολυποδίασις αὕτη δὲν περιέχει μόνον ἀδενώματα, ἀλλὰ συνυπάρχουν ἐνίοτε καὶ ἄλλοι ὄγκοι μικτοὶ καὶ λαχνοειδεῖς. Οἱ τελευταῖοι οὗτοι ὁμοιάζουσιν μακροσκοπικῶς μὲ τὰ ἀδενώματα καὶ δυσκόλως διαχωρίζονται τούτων, ἐνέχουσιν ὅμως, ἐπὶ πλέον, μίαν τρομακτικὴν προδιάθεσιν πρὸς τὴν καρκινοποίησιν, εἰς τὴν ὁποίαν θάττον ἢ βράδιον ὅπωςδήποτε καταλήγουν.

— Ἡ κληρονομικότης. Εἰς τὰς ἰδιοπαθεῖς πολυποδιάσεις ἀνευρίσκομεν εἰς πολλὰς γενεάς ἄτομα θανόντα ἐκ καρκίνου τοῦ ἐντέρου.

Ὁ Lockart—Mummary ἀναφέρει τὸ ἱστορικὸν τῆς οἰκογενείας M..., τῆς ὁποίας ἀνεῦρε τέσσαρας γενεάς. Διεπίστωσεν ἕξ θανάτους ἐκ βεβαίου καρκίνου τοῦ ἐντέρου, ἕνα ἐκ πιθανοῦ καρκί-

νου τοῦ ὀρθοῦ καὶ μόνον εἰς δύο περιπτώσεις τὴν ἰδιοπαθῆ πολυποδίασιν.

Εἰς μίαν ἄλλην οἰκογένειαν Ν ..., ἀναφερομένην καὶ αὐτὴν ὑπὸ τοῦ αὐτοῦ συγγραφέως, εἰς τὴν πρώτην γενεάν ὁ πατὴρ ἀπεβίωσεν ἀπὸ καρκίνου τοῦ ὀρθοῦ. Εἰς τὰ ἑννέα τέκνα τῆς δευτέρας γενεᾶς σημειοῦνται ἑπτὰ θάνατοι ἐκ καρκίνου τοῦ ὀρθοῦ καὶ μόνον εἰς τὴν τρίτην γενεάν ἀνευρίσκονται τέσσαρες περιπτώσεις ἰδιοπαθοῦς πολυποδίασεως.

Ὁ Α. Bensoude ἀναφέρει ἐπίσης περίπτωσιν πολυποδίασεως εἰς ἄτομον ἡλικίας 43 ἐτῶν, τοῦ ὁποῦ ὁ πατὴρ καὶ μία ἀδελφὴ ἀπεβίωσαν ἐκ καρκίνου τοῦ ἐντέρου.

Οἱ Rankin, Barger καὶ Buie ἀναφέρουν τρία μέλη τῆς πρώτης γενεᾶς θανόντα ἐκ καρκίνου τοῦ παχέος ἐντέρου, ἐνῶ ἐπὶ τῶν ἑννέα μελῶν τῆς δευτέρας γενεᾶς τὰ τρία ἀπεβίωσαν ἐκ καρκίνου τοῦ ἐντέρου, ἕτερον δὲ ἔπασχεν ἐκ πολυποδίασεως.

Εἰς ἑτέραν περίπτωσιν τοῦ Zahlman, ἡ ὕγιης μήτηρ ἐκ τοῦ πρώτου γάμου ἀπέκτησεν, ἐκ τοῦ ἐπίσης ὕγιου συζύγου, δύο τέκνα καλῶς ἔχοντα. Ἐκ τοῦ δευτέρου γάμου τῆς—ὁ δὲ δεῦτερος σύζυγος ἔπασχεν ἐκ πολυποδίασεως καὶ ἀπεβίωσεν ἐκ καρκίνου τοῦ ὀρθοῦ—ἔσχε τέσσαρα τέκνα πάσχοντα ἅπαντα ἐκ πολυποδίασεως.

Οἱ Rachel καὶ Busson ἀναφέρουν τὴν περίπτωσιν τριῶν ἀδελφῶν, αἵτινες ἔπασχον ἐκ πολυποδίασεως. Καὶ αἱ τρεῖς ἀπεβίωσαν, κατὰ διάφορα χρονικά διαστήματα, ἐκ τῆς ἐπελθοῦσης νεοπλασματικῆς ἐξαλλαγῆς.

Οἱ αὐτοὶ συγγραφεῖς ἀναφέρουν, ὅτι τοιαῦται οἰκογενειακὰ περιπτώσεις ἔχουν δημοσιευθῆ συνολικῶς περί τὰς τριάκοντα.

Ἐν τῇ Β' Παθολογικῇ Κλινικῇ τοῦ Πανεπιστημίου ἐνοσηλεύσαμεν καὶ ἡμεῖς τὴν μοναδικήν, ἐξ ὧσων γνωρίζομεν, ἐν Ἑλλάδι ἀνάλογον οἰκογενειακὴν περίπτωσιν πολυποδίασεως.

Πρόκειται περὶ ἄρρώστου ἡλικίας 12 ἐτῶν, ἥτις πρὸ τριετίας παρετήρησε πρόσμιξιν αἵματος μετὰ τῶν κοπράνων, ἥτις καὶ συνεχίζεται ἔκτοτε εἰς ἄλλοτε ἄλλον βαθμόν. Ἡ ἄρρωστος αὕτη ἐνεφάνιζεν ἐπίσης περιοδικὰ διαρροϊκὰ ἐπεισόδια.

Ἡ ἀνάπτυξις τῆς ἄρρώστου εἶναι λίαν καθυστερημένη, με ὕψος κάτω τοῦ κανονικοῦ, με σημαντικὴν ἀναιμίαν καὶ ἐν συνεχείᾳ ἀδενωπάθειαν. Ἡ γενομένη ὀρθοσκόπησις ἀπεκάλυψε πληθώραν πολυπόδων, ὄλων τῶν μεγεθῶν, ἡ δὲ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις τὴν ὑπαρξίν τοιοῦτων καθ' ὅλον τὸ μήκος τοῦ παχέος ἐντέρου, μέχρι καὶ τοῦ τυφλοῦ, περισσότερο ὁμως εἰς τὸ ὀρθόν—σιγμοειδές. Ἡ γενομένη βιοψία πολλῶν πολυπόδων, ὄλοσχερῶς ἀφαιρεθέντων, ἀπέδειξεν ὅτι πρόκειται περὶ ἀδενωμάτων, ἄνευ κακοήθους ἐξαλλαγῆς (Ν. Παπαχαράλαμπος). Λόγω τῶν ἐνίοτε σοβαρῶν ἐντερορρα-

γιών ἀφηρέσαμεν κατὰ καιρούς τοὺς μεγαλύτερους καὶ αἰμορραγοῦντας δι' ἠλεκτροπηξίας μέσῳ τοῦ ὀρθοσκοπίου. Μολταυτὰ αἱ αἰμορραγίαι συνεχίζονται ἀπὸ καιροῦ εἰς καιρόν, ὥστε νὰ ὑποχρεοῦμεθα μελλοντικῶς νὰ συστήσωμεν εἰς τὴν μικρὰν ἄρρωστον τὴν ὀλικὴν κολεκτομήν, εἰς ἣν δὲν πρόέβημεν εἰσέτι λόγῳ τοῦ νεαροῦ τῆς ἡλικίας της.

Εἰς τὸ ἀναμνηστικὸν τῆς ἀρρώστου ἀνευρίσκομεν τὰ ἑξῆς :

Ἡ μήτηρ της ἐνοσηλεύετο καὶ ἀπεβίωσεν ἐν τῇ Κλινικῇ μας ἐκ καρκίνου τοῦ ἐντέρου μετὰ περιτοναϊκῶν μεταστάσεων.

Ὁ πατὴρ της εἶχε καλῶς, ἀποβίωσας ἐκ βιαίου θανάτου.

Ὁ εἰς τῶν ἀδελφῶν της ἐνοσηλεύετο παρ' ἡμῖν ἐν τῷ Ἀντικαρκινικῷ Ἰνστιτούτῳ. Οὗτος ἀπὸ νεαρᾶς ἡλικίας ἐνεφάνιζεν ἐντερορραγίας. Εἰς τὸ Ἀντικ. Ἰνστιτούτον διεπιστώσαμεν τὴν ὑπαρξίν διαχύτου πολυποδίας εἰς τὸ παχέος ἐντέρου. Ἀρχικῶς ὑπεβλήθη εἰς τοπικὰ ἀφαιρέσεις τῶν πολυπόδων τοῦ ὀρθοῦ, λόγῳ ὅμως τῶν συνεχιζομένων αἰμορραγιῶν ἐχειρουρήθη (κ. Ξανθοπουλίδης), ὑποστὰς κατὰ διάφορα χρονικὰ διαστήματα μερικὰς κολεκτομάς καὶ τέλος ὀλικὴν τοιαύτην με ἀναστόμωσιν εἰς τὸ ὀσθόν. Παρὰ τὰς ἐπανειλημμένας τοπικὰς ἠλεκτροπηξίας, οἱ ἐκεῖ πολυπόδες ὑποτροπιάζουν εἰσέτι. Αἱ πολλαπλαῖ ἱστολογικαὶ ἐξετάσεις δὲν ἀπέδειξαν σημεῖα κακοήθους ἐξαλλαγῆς.

Πρόκειται ἐπομένως περὶ οἰκογενειακῆς καὶ κληρονομικῆς νόσου εἰς δύο τέκνα, τῶν ὁποίων ἡ μήτηρ ἀπεβίωσεν ἐκ καρκίνου τοῦ ἐντέρου.

*
* *

Κλινικὴ εἰκὼν. Μία μακρὰ περίοδος σιγῆς, κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς ὁποίας σχηματίζονται καὶ πληθύνονται οἱ πολυπόδες, προηγῆται συνήθως τῶν πρώτων κλινικῶν ἐκδηλώσεων. Ὡς ἐκ τούτου ἡ διάγνωσις μεταγενεστέρως δὲν παρουσιάζει δυσχερείας.

Εὐνόητον εἶναι, ὅτι ἡ ἔντασις τῶν κλινικῶν συμπτωμάτων θὰ ἐξαρτᾶται ἀφ' ἑνὸς μὲν ἐκ τοῦ ἀριθμοῦ τῶν πολυπόδων, ἀφ' ἑτέρου δὲ ἐκ τοῦ βαθμοῦ ἐπεκτάσεως, ἥτοι ἐὰν οὗτοι καταλαμβάνουν ὀλόκληρον ἢ τμήμα τοῦ παχέος ἐντέρου.

Ἡ διάρροια εἶναι συνήθως τὸ πρῶτον σύμπτωμα. Κενώσεις πολτώδεις ἢ ὕδαρεῖς, περιέχουσαι βλέννας, ὁ ἀριθμὸς τῶν ὁποίων ποικίλλει ἀπὸ 2 ἕως 8 ἡμερησίως, καὶ τῶν ὁποίων, ἐνίοτε, προηγούνται πόνοι, αἴσθημα ψευδοῦς ἀφοδεύσεως, τεινεσμός. Εἰς περιόδους ἐπιδεινώσεως ὁ ἀριθμὸς τῶν κενώσεων ὑπερβαίνει τὰς 30 ἡμερησίως. Δυνατὸν νὰ παρατηρηθῇ, ἐντὸς τούτων, εἰς αὐτομάτως ἀποσπασθεῖς πολύπους. Ἡ ὀξεῖα αὕτη φάσις τῆς νόσου ἀντικαθίσταται, ἐνίοτε, ἀπὸ περιοδικὴν δυσκοιλιότητα, ἥτις, ὡς γνωστὸν, παρατηρεῖται καὶ εἰς τὸν καρκίνου τοῦ ἐντέρου.

Ἡ διάρροια αὕτη εἶναι ἐπίμονος, διαρκεῖ ἐπὶ ἔτη, ἐκδηλοῦται

δὲ ἀπὸ τῆς παιδικῆς ἡλικίας καὶ παρὰ τὰς ποικίλας θεραπείας ἐλάχιστα ἢ οὐδὲν ὑποχωρεῖ.

— Αἱ αἱμορραγίαι εἶναι τὸ δευτέρον σύμπτωμα. Ἐκδηλοῦνται μεταγενεστέρως καὶ ἐξαρτῶνται ἐκ τῆς θέσεως τοῦ αἱμορραγοῦντος πολύποδος. Ὡς ἐκ τούτου ἄλλοτε θὰ ἔχωμεν μικρὰς αἱμορραγίας ἐρυθροῦ αἵματος, αἵτινες περιβρέχουν τὰ κόπρανα (πολύποδες πρῶκτοῦ ἢ ὀρθοῦ), ἄλλοτε μέλαιναν (πολύποδες ὕψηλά εὐρισκόμενοι), καὶ τέλος μεγάλας ἐντερορραγίας.

— Ἡ γενικὴ κατάστασις τοῦ ἀρρώστου δυνατόν νὰ ἐπηρεασθῇ ἐκ τῶν ὡς ἄνω συμπτωμάτων. Συνήθως δὲν προσβάλλεται παρὰ ἐλάχιστα, δυνατόν ὅμως νὰ ἔχωμεν μεγάλην ἀναιμίαν μετ' ἀπισχνάνσεως. Συνήθως ὅμως καὶ ἡ ἀναιμία εἶναι μετρίου βαθμοῦ, ὁ λευκοκυτταρικός τύπος φυσιολογικός ὡς καὶ ἡ θερμοκρασία.

— Οἱ πόνοι, οἱ συνοδεύοντες τὴν διάρροϊαν καὶ τὰς αἱμορραγίας, χαρακτηρίζονται ἀπὸ κωλικούς, τεινεσμὸν καὶ αἴσθημα ψευδοῦς ἀφοδεύσεως. Ἐπιμένουν ἐπὶ ἡμέρας, ἐπὶ ἐβδομάδας, μεταξύ δὲ δύο τοιούτων ἐπωδύων περιόδων ὁ ἀρρώστος παραπονεῖται δι' αἴσθημα βάρους, πληρότητος καὶ τάσεως καθ' ὅλον τὸ μήκος τοῦ παχέος ἐντέρου.

Δύο εἰσέτι σημεῖα ἔχουν περιγραφῆ εἰς τὴν διάχυτον πολυποδίασιν :

— Ὁ ἱπποκρατισμὸς τῶν δακτύλων, χαρακτηριζόμενος ἀπὸ τὴν κυρτότητα τῶν ὀνύχων μεθ' ὑπερτροφίας τῆς τελευταίας φάλαγγος. Ἡ παραμόρφωσις αὕτη σπανίως ἀπαντᾷ εἰς ἄλλην νόσον τοῦ πεπτικοῦ σωλήνος, πλὴν τῆς πολυποδιάσεως. Θὰ πρέπη, βεβαίως, ν' ἀποκλεισῶμεν τὴν πρῶτον ὀστεοαρθροπάθειαν τῶν νοσημάτων τοῦ ἀναπνευστικοῦ συστήματος.

— Ὁ νανισμὸς. Εἰς τὰ νέα τὴν ἡλικίαν ἄτομα, τὰ πασχόντα ἐκ πολυποδιάσεως, ἔχομεν διαταραχὰς τῆς ἀναπτύξεως : τὸ ὕψος δὲν αὐξάνει, ἡ ἡβη δὲν ἐκδηλοῦται, τὸ τριχωτὸν εἶναι ἀνεπαρκές, ἀπουσιάζουν δὲ οἱ δευτεροπαθεῖς σεξουαλικοὶ χαρακτήρες. Ὁ νανισμὸς οὗτος εἶναι, πιθανώτατα, ἀποτέλεσμα σοβαρῶν διαταραχῶν τῆς θρέψεως λόγῳ τῆς διάρροϊας, τῆς ἀφυδατώσεως, τῶν αἱμορραγιῶν.

Ἐξέλιξις. Μακρὰ, πολυετής, πλὴν ὅμως προοδευτικὴ. Μετὰ μίαν εἰκοσαετίαν, τὸ βραδύτερον, ὁ θάνατος ἐπέρχεται λόγῳ τῆς κακῆθους ἐξαλλαγῆς ἐνός, τούλάχιστον, ἐκ τῶν πολυπόδων. Ταύτην δυνάμεθα νὰ ὑποπτευθῶμεν κλινικῶς ἐκ τῆς αἰφνιδίως ἀνορεξίας

καί ἐπιδεινώσεως τῆς καλῆς, μέχρι τοῦδε, γενικῆς καταστάσεως τοῦ ἀρρώστου.

Διόγνωσις. Αὕτη θά βασισηῖ α) εἰς τὴν δακτυλικὴν ἐξέτασιν, β) τὴν ὀρθοσκοπίην, γ) τὴν βιοψίαν καὶ ιστολογικὴν ἐξέτασιν καὶ δ) εἰς τὴν ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν.

α) Ἡ δακτυλικὴ ἐξέτασις, εἰς θέσιν ὑπτιαν καὶ γονοστηθικὴν, θ' ἀποκαλύψῃ τὴν ἐντὸς τοῦ πρωκτοῦ καὶ ὀρθοῦ ὑπαρξιν μικρῶν ὄγκων, συστάσεως μαλθακῆς ἢ σκληρᾶς, οἵτινες διολισθαίνουσι ὑπὸ τὴν πρῆσιν τοῦ δακτύλου, ὅστις κατὰ τὴν ἐξαγωγὴν καλύπτεται ὑπὸ αἵματος.

Πολλοὶ τὸν ἀριθμὸν, ἀποφράσσουσι αὐτὸ τοῦτο τὸ ὄρθον, ὥστε νὰ μὴ διακρίνεται ὁ ἐντερικὸς αὐλός.

β) Ἡ ὀρθοσκοπίσις ἐπιβάλλεται ἀμέσως μετὰ τὴν δακτυλικὴν ταύτην ἐξέτασιν. Αὕτη κυρίως θά διαπιστώσῃ τὴν ὑπαρξιν τῶν πολυπόδων, τὸν μέγαν ἀριθμὸν τῶν, τὴν μακροσκοπικὴν τῶν ὄψιν. Μεγέθους ἀπὸ φακῆς μέχρι κερασίου καὶ πλέον, μισχωτοὶ καὶ μὴ, χωριζόμενοι ὁ εἰς τοῦ ἄλλου ἢ συγκεντρωμένοι ἐν εἴδει σταφυλῆς, δὲν ἐμποδίζουσι μολαταῦτα τὴν ἀκώλυτον προώθησιν τοῦ ὀρθοσκοπίου, τὸ ὁποῖον εὐκόλως ἀπώθει τούτους. Ἡ χροιά τῶν πολυπόδων εἶναι ροδίνῃ ἢ ἐρυθρά. Ἡ ἐντόνως ἐρυθρὰ χροιά, ἢ ἐξηλωκωμένη καὶ ἀνώμαλος ἐπιφάνειά τῶν, ἢ αἱμορραγία ταύτης, ἀποτελοῦν σημεῖα ἐξαιρετικῶς ὑποπτα, ὡς ὑποδηλοῦντα ἐπελθοῦσαν κακοήθη ἐξαλλαγὴν.

Ἐνίοτε παρατηρεῖται μικρὸς μόνον ἀριθμὸς πολυπόδων εἰς τὸ ὄρθον ἢ καὶ —σπανιώτατα— οὐδόλως, ὅποτε ἡ προώθησις τοῦ ὀρθοσκοπίου ἐντὸς τοῦ σιγμοειδοῦς θ' ἀποκαλύψῃ τὴν ὑπαρξιν πληθώρας τοιούτων.

Λίαν ἐπισταμένη πρέπει νὰ εἶναι ἡ ἐξέτασις τοῦ ἐνδιαμέσου ἐντερικοῦ βλεννογόνου. Κατὰ τὴν πολυποδίασιν οὗτος εἶναι εἴτε χροιάς φυσιολογικῆς εἴτε ἐλαφρῶς συμφορητικὸς.

Ἡ διαπίστωσις ὠρισμένων ἀλλοιώσεων, ὡς ἐξελεκώσεων, διαχύτων αἱμορραγιῶν, θά στρέψῃ τὴν προσοχὴν πρὸς ὠρισμένας ἄλλας νόσους, αἵτινες δημιουργοῦν τοὺς ψευδο-πολύποδας. Εἰς ὅλας αὐτάς τὰς περιπτώσεις ἐνδείκνυται :

γ) ἡ βιοψία, ἣτις θ' ἀφορᾷ πολλοὺς ταῦτοχρόνως πολυπόδας καὶ ἰδίως ἐκείνους τῶν ὁποίων ἡ μακροσκοπικὴ ὄψις συνηγορεῖ ὑπὲρ ἐπελθοῦσης ἐξαλλαγῆς. Ὑπενθυμίζομεν, ὅτι μόνον ἡ θετικὴ

βιοψία ἔχει ἀξίαν, μία δὲ ἀρνητικὴ ἀπάντησις δὲν ἀποκλείει τὴν ἐξαλλαγὴν.

Εἰς τινὰς περιπτώσεις ἡ ιστολογικὴ ἐξέτασις θ' ἀποκαλύψῃ, παρὰ τὴν φυσιολογικὴν εἰκόνα τοῦ ἀδενώματος, καὶ τὰ λεγόμενα σημεῖα τῆς προεξαλλαγῆς: ἀφθονία βαθυχρωματικῶν κυττάρων καὶ ἐξαφάνισις τῶν κυττάρων μετὰ παραγωγῆς βλέννας.

δ) Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις εἶναι πλέον ἢ ἀπαραίτητος καὶ λίαν πολυτίμος. Θὰ μᾶς πληροφόρησιν περὶ τῆς ἐπεκτάσεως τῆς νόσου, μέχρι καὶ τοῦ τυφλοῦ, δεδομένου ὅτι σπανίως ἡ νόσος ἐντοπίζεται εἰς μίαν μόνον μοῖραν, ὅπως λ.χ. ἐπὶ τοῦ ἀριστεροῦ κόλου.

Ἡ χρησιμοπονηθησομένη τεχνικὴ θὰ εἶναι ἡ ἀκόλουθος: κατόπιν θερμοῦ ὑποκλυσμοῦ καθαριότητος ἐκτελεῖται βαριοῦχος ὑποκλυσμός, ὅστις —μετὰ τὴν ληψιν μιᾶς ἀκτινογραφίας— ἀποβάλλεται ἀμέσως. Ἐν συνεχείᾳ ἐμφύσεις ἀέρος διὰ τοῦ ὀρθοῦ, οὕτως ὥστε νὰ πληρωθῇ καὶ τὸ τυφλόν. Οὕτω, εἰς τὰς ληφθησομένας ἐν συνεχείᾳ ἀκτινογραφίας, οἱ πολυπόδες προβάλλουν, ἐντὸς τοῦ ἐντερικοῦ αὐλοῦ, ὡς στρογγύλαι λευκάζουσαι κηλίδες, ἀφοριζόμεναι ὑπὸ τῆς σκιᾶς τοῦ ἀέρος, μὲ σαφῆ ὄρια, μὲ ἐντερικὰ ὄρια ἐπίσης φυσιολογικά, καὶ αἵτινες κηλίδες περιβάλλονται ὑπὸ μιᾶς ἐντονωτέρας χροιάς περιφερικῆς ἄλω. Αἱ εἰς πλαγίαν θέσιν λαμβανόμεναι ἀκτινογραφίαι ἀποκαλύπτουν ἔτι καλλίτερον τοὺς πολυπόδας.

Θεραπεία. Δυστυχῶς εἶναι λίαν ἀπογοητευτικὴ. Φαρμακευτικὴ θεραπεία δὲν ὑπάρχει. Ἡ ἄλλοτε συσταθεῖσα ἀκτινοθεραπεία ἀπεδείχθη ἀνίσχυρος. Ἡ μόνη ἐνδεικνυομένη θεραπεία εἶναι ἡ χειρουργικὴ ἐξαιρέσις.

Εἰς τινὰς περιπτώσεις, τῆς χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως προηγείται ἡ καταστροφὴ τῶν πολυπόδων τοῦ ὀρθοῦ, εἰ δυνατόν δὲ καὶ τῶν τοῦ σιγμοειδοῦς, δι' ἠλεκτροπηξίας, ὡς περιεγράψαμεν καὶ ἀνωτέρω.

Ἐκτὸς ὅμως τοῦ κινδύνου τῆς ἀναφλέξεως τῶν ἀερίων καὶ ἐκρήξεως ἐντὸς τοῦ ἐντέρου, οὗτοι συχνότατα ὑποτροπιάζουν. Ἀφοῦ ἐπιτευχθῇ οὕτως ὁ πλήρης καθαρισμὸς τοῦ ὀρθοῦ, ἐκτελεῖται ὀλικὴ κολεκτομὴ καὶ ἀναστομοῦται ἡ τελικὴ μοῖρα τοῦ εἰλεοῦ εἰς τὸ σιγμοειδές ἢ τὸ ὀρθόν. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς ἀπαιτεῖται συνεχῆς παρακολούθησις τοῦ ἀρρώστου καὶ ἡ ἐκ νέου δι' ἠλεκτροπηξίας καταστροφὴ τῶν νεοεμφανισθησομένων πολυπόδων.

Εἰς τὰς περισσοτέρας ὅμως τῶν περιπτώσεων, ἀφοῦ προηγηθῇ μόνιμος εἰλεοστομία, ἐξαιρεῖται ὀλόκληρον τὸ κόλον, συμπεριλαμ-

βανομένου και τοῦ ὄρθου, ὅτι δηλαδή γίνεται καί εἰς τὴν αἰμορραγικὴν ὄρθο - κολίτιδα.

Γ' ΟΙ ΠΟΛΛΑΠΛΟΙ ΔΙΑΣΠΑΡΤΟΙ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ

Πρόκειται περὶ μιᾶς ἐνδιαμέσου καταστάσεως μεταξὺ τοῦ μονήρους πολυπόδος καὶ τῆς διαχύτου πολυποδιάσεως. Οὐδεμία μακροσκοπικὴ ἢ ἱστολογικὴ διαφορὰ ὑπάρχει μεταξὺ τούτων καὶ τοῦ μονήρους πολυπόδος. Διαφέρουν μόνον κατὰ τὸν ἀριθμὸν καὶ κατὰ τὸ ὅτι καταλαμβάνουν μίαν μοῖραν τοῦ κόλου, ὅπου καὶ ἐντοπίζονται κατὰ ὁμάδας. Οὕτως ἀνευρίσκονται εἰς τὸ ὄρθον, συνηθέστερον εἰς τὸ σιγμοειδές, χωρὶς ν' ἀποκλείεται ἡ ἐπέκτασίς των πρὸς ὀλόκληρον τὸ κόλον.

Διαφέρουν ἐπίσης τῆς διαχύτου πολυποδιάσεως ἐκ τοῦ γεγονότος, ὅτι δὲν εἶναι νόσος οἰκογενειακὴ οὔτε κληρονομικὴ. Μολαταῦτα εἶναι ἐξαιρετικὰ δύσκολον νὰ προσδιορισθοῦν ἐπακριβῶς τὰ πλαίσια, ἐντὸς τῶν ὁποίων θὰ πρέπη νὰ τοποθετηθοῦν ἡ διάσπαρτος πολυποδίασις καὶ ἡ ἰδιοπαθῆς, δεδομένου ὅτι μεταξὺ των ὑπάρχουν καὶ κοινὰ σημεῖα, τὸ σπουδαιότερον τῶν ὁποίων εἶναι ἡ ἀμοιβαία συμπάθεια πρὸς τὴν κακοήθη νεοπλασματικὴν ἐξαλλαγήν.

Ὁ Westhues διακρίνει τὴν ἰδιοπαθῆ ἀπὸ τὰς ἄλλας πολυποδίασεις ἐκ τοῦ γεγονότος, ὅτι αὕτη προσβάλλει τὰ νέα κυρίως ἄτομα. Ἐξηγεῖ δὲ τοῦτο μὲ τὴν παρατήρησιν, ὅτι αἱ βαρεῖαι μορφαὶ μιᾶς νόσου ἐμφανίζονται συνήθως εἰς τοὺς νέους, ὅπως λ. χ. τὸ σάρκωμα, ὅπως ἡ βαρεῖα μορφή φυματώσεως τῶν νέων ἐν ἀντιθέσει μὲ τὴν τῶν γερόντων, κ.ο.κ.

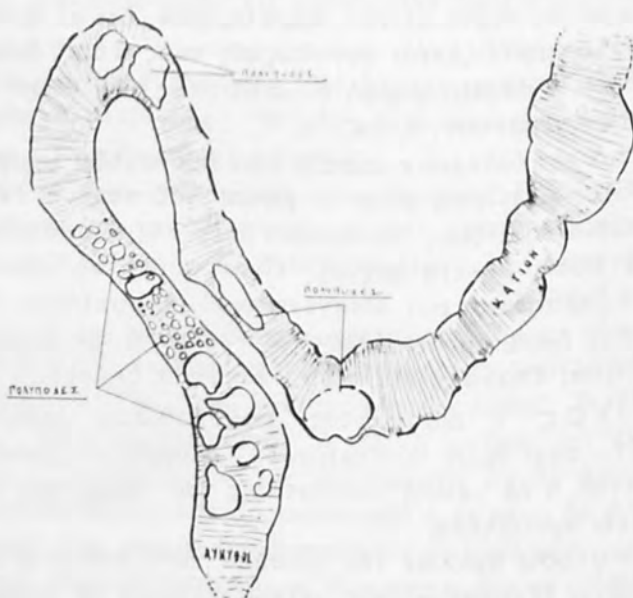
Τέλος διὰ τὴν διάκρισιν μεταξὺ τῶν δύο αὐτῶν μορφῶν, ἡ διαπίστωσις πολυπόδων καθ' ὅλον τὸ μήκος τοῦ παχέος ἐντέρου, εἰς διάφορα στάδια ἐξελιξεως, συνηγορεῖ ὑπὲρ τῆς ἰδιοπαθοῦς πολυποδιάσεως, ἐφ' ὅσον, ἀρκετὰ συχνά, εἶναι ἀδύνατος, ἐλλείψει στοιχείων, ἡ ἐπιβεβαίωσις τοῦ οἰκογενειακοῦ χαρακτήρος τῆς νόσου. Ἀπὸ ἀπόψεως ὁμῶς προδιαθέσεως, ὅσον ἀφορᾷ τὴν κακοήθη ἐξαλλαγήν, οὐδεμία, ἐπαναλαμβάνομεν, διαφορὰ ὑπάρχει.

Κλινικῶς ἡ διάσπαρτος πολυποδίασις ἐκδηλοῦται δι' αἰμορραγιῶν, οὐχὶ ὁμῶς καθημερινῶν. Διαρροϊκὰ φαινόμενα δὲ παρατηροῦνται, ἡ δὲ γενικὴ κατάσταση τοῦ ἀρρώστου οὐδόλως ἢ ἐλάχιστα ἔχει προσβληθῆ.

Ἡ διαπίστωσις πολλῶν τῶν ἀριθμῶν πολυπόδων εἶναι δυνατὴ ἀπὸ τῆς πρώτης ἐξετάσεως. Εἰς μεταγενεστέρας δὲ δυνατὸν ὁ ἀριθμὸς των νὰ ἔχη αὐξηθῆ. Ἐντοπίζονται, ὅπως εἶδομεν, ἐπὶ μιᾶς μοί-



Εικών 9. Διάσπαρτος έντετοπισμένη πολυποδίασις (ίδια περίπτωσης). *Αρρώστος Π... Π. (βλ. κείμενον). Ἀκτινολογική ἀπεικόνισις τῶν πολυπόδων ὀρθοῦ-σιγμοειδοῦς. (Ἄκτιν. Ἐκτ. Καθηγ. κ. Ἀπ. Γιαννακοπούλου).



Σχ. 5.

Ἡ αὐτὴ περίπτωσης. Σχηματικὴ ἀναπαράστασις τῶν ὀρθοσκοπικῶς, ἀκτινολογικῶς καὶ χειρουργικῶς ἀνευρεθέντων πολυπόδων. Οἱ σημειούμενοι διὰ βελῶν εἶχον ὑποστῆ τὴν κακοήθη νεοπλασματικὴν ἐξαλλαγὴν.

ρας—όρθον ή σιγμοειδές κυρίως. Καί συνήθως ή χειρουργική έξαι-
 ρεσις τής μοίρας ταύτης φέρει τήν ίασιν. Σπανιώτερον ή πολυπο-
 διάσις έπεκτείνεται εις ύπερ—ή ύποκειμένην μοίραν τοῦ έντέρου,
 όποτε ύποχρεούμεθα εις όλικήν κολεκτομήν, λόγω τοῦ κινδύνου τής
 κακοήθους έξαλλαγής.

Παραθέτομεν, κατωτέρω, τυπικήν ήμετέραν περίπτωσην, δια-



Εικών 10. Ή αὐτή περίπτωση. Φωτογραφία τοῦ
 έκταμένου όρθου - σιγμοειδοῦς - κατιόντος (Καθηγ. κ.
 Ν. Χρηστάς), όπου καί διακρίνονται οἱ πολύποδες.

σπάρτου έντετοπισμένης πολυποδιάσεως, εις τήν όποιαν εἶχεν ήδη
 επέλθει ή κακοήθης έξαλλαγή (βλ. εἰκ. 9, 10 καί σχ. 5).

Ή άρρωστος Π... Πηγή, έτών 40, μάς έπεσκέφθη τήν 11-11-53, διότι
 από πενταμήνου παραπονείται δι' άποβολήν έρυθροῦ αίματος έκ τοῦ πρω-
 κτοῦ, εις άρκετήν ποσότητα. Τό φαινόμενον όμως τοῦτο παρατηρεῖται από
 τριετίας, χωρίς ή άρρωστος ν' άποδώση σημασίαν τινά. Πράγματι, σχεδόν
 καθημερινώς, άπέβαλλεν έρυθρόν αίμα, μετά ή άνευ κοπράνων, παραπο-

νουμένη συγχρόνως διά δυσσφόδευσιν μετ' αίσθήματος ψευδοῦς ἀφοδεύσεως.

Ἀπὸ πενταμήνου ἀποβάλλει συγχρόνως καὶ βλέννας, ὅποτε καὶ συμβουλεύεται, διὰ πρώτην φοράν, ἰατρὸν, ὅστις διαγιγνώσκει ἐσωτερικὰς αἰμορροΐδας καὶ ὑποβάλλει τὴν ἄρρωστον εἰς θεραπείαν διὰ σκληρυντικῶν ἐνέσεων, κατόπιν τῶν ὁποίων παύει μὲν ἡ ἀποβολὴ ἀμιγυοῦς αἵματος, συνεχίζεται ὅμως ἡ ἀποβολὴ αἱματηρῶν βλεννῶν.

Ἐν συνεχείᾳ ἐμφανίζονται διάχυτοι κατὰ τὴν κοιλίαν πόνοι, πλέον ἐντετοπισμένοι παρά τὸ ὄρθον. Τὸ αἶσθημα ψευδοῦς ἀφοδεύσεως εἶναι συνεχές, ἐνοχλητικόν, ὡς καὶ ἡ ἀποβολὴ βλεννῶν. Τὸ αἷμα ἐπανεμφανίζεται, ἡ γενικὴ κατάστασις ἐπηρεάζεται—ἀπώλεια 8 ὀκάδων εἰς 6 μῆνας—ἡ δρεξις ὅμως παραμένει καλή.

Ἐκ τῆς κλινικῆς ἐξέτασεως τῆς παχυσάρκου ταύτης ἄρρωστου, οὐδὲν τὸ ἰδιαιτέρον—πλὴν μιᾶς ὠχρότητος—προκύπτει.

Ἡ ῥῆσιν οὐκ ὀφείσκει: Τελεία χάλασις σφιγκτήρος. Ἀπὸ ἀποστάσεως 6 ἐκ. ὑπερθεῖν τούτου παρατηροῦνται, ἐφ' ὄλων τῶν ἐπιφανειῶν τοῦ ὄρθου—πλαγίων, προσθίας καὶ ὀπισθίας—πολύποδες διαφόρου μεγέθους, μέχρι καὶ καρούου καταλαμβάνοντες τοῦτο μέχρι βάθους 14 ἐκ. περίπου. Πέραν τοῦ σημείου τούτου ἡ ὀρθοσκόπησις ἀποβαίνει δυσχερῆς. Βιοψία. Ὁ ἐντερικὸς βλεννογόνος εἶναι ἐξέρυθρος, φλεγμονώδης καὶ οἰδηματώδης.

Οἱ πλεῖστοι τῶν πολυπόδων τοῦ ὄρθου, 5 - 6 τὸν ἀριθμὸν, ἐμφανίζουν χαρακτηριστικὴν ὄψιν: ἐπιφάνειαν ἀνώμαλον, ἐξέρυθρον, αἰμορραγοῦσαν, ἥτοι σημεῖα ὑποδηλοῦντα ἐπελθοῦσαν κακοήθη ἐξαλλαγήν. Πράγματι ἡ γενομένη ἱστολογικὴ ἐξέτασις (Καθηγ. κ. Δ. Ἐλευθερίου) ἐπιβεβαίωσεν τὴν ὑπόνοιαν ταύτην.

Ἴνα ἐξακριβώσωμεν, κατὰ τὸ δυνατόν, τὴν ἔκτασιν τῶν πολυπόδων, καὶ κυρίως ἐάν πρόκειται περὶ διαχύτου ἢ διασπάρτου ἐντετοπισμένης πολυποδιάσεως, προβαίνομεν εἰς ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν τοῦ παχέος ἐντέρου, κατόπιν βαριούχου ὑποκλυσμοῦ καὶ ἐν συνεχείᾳ ἐμφυσήσεως ἀέρος.

Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις (ἐκτ. Καθ. κ. Α. Γιαννακόπουλος) ἀποκαλύπτει ὅτι πρόκειται περὶ πολυποδιάσεως ἐκτεινομένης ἀπὸ τοῦ κατιόντος—σιγμοειδοῦς μέχρι καὶ τοῦ ὄρθου (βλ. ἀκτινογραφίαν καὶ σχῆμα). Τὸ ὑπόλοιπον κόλον διαγράφεται ἐλεύθερον.

Ἡ ἐν συνεχείᾳ γενομένη χειρουργικὴ ἐπέμβασις (Καθ. κ. Ν. Χρηστάς) ἐπιβεβαίωσεν τὰ ὡς ἄνω εὐρήματα. Ὡς ἐκ τούτου ἐκτελεῖται μερικὴ κολεκτομή, ἥτοι ἀφαίρεσις κατιόντος—σιγμοειδοῦς—ὄρθου, καὶ μόνιμος παραφύσιν ἔδρα, παρά τὴν ἀριστερὰν κολικὴν καμπήν.

Ἡ ἄρρωστος αὕτη, μέχρι καὶ σήμερον, ἔχει τελειῶς καλῶς.

Γ' ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗ ΟΡΘΟ - ΚΟΛΙΤΙΣ

Ἡ προσβολὴ ὀλοκλήρου τοῦ παχέος ἐντέρου, ἢ τμήματος τοῦ-
του, ὑπὸ γνωστοῦ ἢ ἀγνώστου αἰτίου, μὲ ἀποτελεσμα κλινικὰς
ἐκδηλώσεις ὑπὸ τὴν μορφήν τοῦ δυσεντερικοῦ συνδρόμου καὶ ὀρθο-
σκοπικὴν εἰκόνα χαρακτηριζομένην ἀπὸ παθολογο-ανατομικὰς
ἀλλοιώσεις τοῦ ἐντερικοῦ βλεννογόνου ὑπὸ τύπον διαβρώσεων,
ἐξελκώσεων ἢ διαχύτων αἰμορραγιῶν, δημιουργεῖ εἰδικὴν κατηγο-
ρίαν κολιτίδων, διαχωριζομένων ἀπὸ τὸ εὐρὺ καὶ ἀσαφές πλαίσιον
τῶν ἄλλων κολιτίδων. Ἐχομεν οὕτω τὰς ἐλκώδεις κολιτίδας, ἐκά-
στη τῶν ὁποίων ὅμως ἔχει ἴδιαν κλινικὴν καὶ ἀνατομικὴν εἰκόνα,
ἀναλόγως τοῦ αἰτίου: βακτηριδική, ἀμοιβαδική, τοξικὴ κ.λ.π.

Εἰς τὸ πλαίσιον τοῦτο τῶν κολιτίδων δεόν νὰ διαχωρισθῇ σα-
φῶς μία εἰδικὴ τοιαύτη, ἀγνώστου εἰσέτι αἰτιολογίας, μὲ ἴδιαν
ὅμως κλινικὴν, ὀρθοσκοπικὴν, διὰ τινὰς δὲ καὶ παθολογο-ανατομι-
κὴν εἰκόνα: ἡ αἰμορραγικὴ ὀρθο-κολίτις.

Ἀκόμη καὶ σήμερον ποιά τις σύγχυσις ἐπικρατεῖ περὶ τὴν τα-
ξινόμησιν, ὥστε νὰ διερωτᾶται τις ἐὰν οἱ συγγραφεῖς διαφόρων
χωρῶν, οἱ ἀσχολούμενοι μὲ ταύτην, ὁμιλοῦν περὶ τῆς ἴδιας
νόσου.

Πράγματι, πολλὰ ἔχουν γραφῆ, ἀφορῶντα ἰδίως τὴν φύσιν τῆς
νόσου, ἢ ὄντοτης τῆς ὁποίας ἀμφισβητεῖται ὑπὸ τινων συγγραφέων:
οἱ μὲν ὑποστηρίζουν, ὅτι πρόκειται περὶ συνδρόμου περιλαμβάνοντος
διαφόρους κλινικὰς μορφὰς ὀφειλομένης εἰς ποικίλα αἷτια. Πρό-
κειται, δηλαδὴ, περὶ προσωρινῆς ὁμάδος, τὴν ὁποίαν μελλοντικαὶ
ἔρευναι θὰ πρέπη νὰ διαχωρίσουν. Ἄλλοι τούναντίον, καὶ με-
ταξὺ τούτων κυρίως ὁ Racheῖ μετὰ τῶν συνεργατῶν του Busson,
Aignous κ.λ.π., ὑποστηρίζουν ὅτι πρόκειται περὶ αὐτονόμου νόσου,
ὀφειλομένης εἰς εἰδικὸν ἀλλ' ἀγνώστον μέχρι τοῦδε αἷτιον, ἐφ'
ὅσον οὐδεμία ἀπὸ τὰς ἤδη προταθείσας αἰτιολογίας δὲν ἔχει ἐπι-
βεβαιωθῆ.

Αἱ δύο αὐτὰι ἀπόψεις δύνανται, κατὰ τὸν Racheῖ κλπ., νὰ συμ-
βιβασθοῦν, ἐὰν παραδεχθῶμεν ὅτι:

— Ἡ αἰμορραγικὴ ὀρθο-κολίτις εἶναι μία κλινικὴ καὶ παθο-

λογο - ανατομική όντότης σαφώς διαχωριζομένη, και ούχι μία προσωρινή όμάς διαφόρων κλινικών έκδηλώσεων.

— 'Η όντότης αύτη δέν όφείλεται εις μίαν μοναδικήν, ειδικήν αίτιαν. 'Η αιμορραγική όρθο - κολίτις είναι μία λίαν ειδική αντίδρασις του κόλου, ήτις όμως προκαλείται από ποικίλα αίτια.

Αί διάφοροι αύται αντίληψεις άφοροϋν κυρίως την αίτιοπαθογονίαν της νόσου. 'Η διάγνωσις της έν τούτοις είναι εύχερης, χάρις εις την καλώς μελετηθείσαν κλινικήν εικόνα της, ως και τας κατόπιν βιοψίας διαπιστουμένας ειδικάς ιστολογικάς άλλοιώσεις.

'Εάν δέν διαγιγνώσκειται πάντοτε, τούτο όφείλεται εις τό ότι, ένώπιον ένός δυσεντερικού συνδρόμου, τίθεται κατά κανόνα ή κλινική διάγνωσις της άμοιβαδώσεως, την όποιαν επικυρώνει συχνά μία άτυχής έξέτασις κοπράνων. 'Η διάγνωσις όμως της αιμορραγικής όρθο - κολίτιδος τίθεται σαφώς μόνον όρθοσκοπικώς. Πράγματι, ή όρθοσκοπική εικών της νόσου είναι τυπική, παθογνωμονική, μη συγχεομένη με την άνάλογον εικόνα άλλων δυσεντερικών.

'Αλλά και δι' αύτην ταύτην την όνομασίαν της επικρατεί σύγχυσις εις την διεθνή βιβλιογραφίαν. Οί 'Αγγλοσάξωνες την άποκαλοϋν «μη ειδικήν» (non specific or indeterminate ulcerative colitis) ή «ιδιοπαθή έκρωτικήν κολίτιδα» (idiopathic), άλλοι δέ «χρονίαν έκρωτικήν» (chronic ulcerative), ή και «θρομβο - έκρωτικήν» (thrombo - ulcerative).

Οί Γάλλοι συγγραφείς, παλαιότερον, ώνόμαζον ταύτην αναλόγως της κλινικής μορφής ήν υπεδύετο : «Χρονία έκλώδης κολίτις», «έκλώδης κολίτις βαρείας μορφής», «χρονία πυώδης κολίτις», «αιμορραγική ή βλενοαιμορραγική κολίτις» κ.α.κ. Σήμερον επικρατεί ό όρος «αιμορραγική όρθοκολίτις», όστις υποδεικνύει τό κυριώτερον σύμπτωμα και την έντόπισιν της νόσου. Εις τό έν Βρυξέλλαις συνελθόν, τό 1950, Διεθνές Συνέδριον Γαστρεντερολογίας, με θέμα την νόσον ταύτην, οί Rachei και Busson, έν τη είσηγήσει των, έδωσαν τόν κάτωθι όρισμόν :

— «Νόσος μακράς διάρκειας, προσβάλλουσα καθ' όλοκληρίαν ή μερικώς τό παχύ έντερον, προεξάρχουσα, σχεδόν πάντοτε, επί της τελικής μοίρας και επί του βλενογόνου, έξελισσομένη κατά περιόδους, αίτινες χαρακτηρίζονται από έν βλενο - αιμορραγικών σύνδρομον και έναλλασσομένη με περιόδους ύφέσεως. 'Η νόσος αύτη, όφειλομένη πιθανώτατα εις αίτια πολλαπλά, αλλά άγνωστα μέχρι σήμερα και τά όποια έπιδροϋν επί ένός ειδικού έκ προδιαθέσεως έδάφους, είναι μία παθολογο - ανατομική όντότης σαφώς προσδιοριζομένη χάρις εις ειδικάς ιστολογικάς άλλοιώσεις, συμφορητικής, αιμορραγικής και υπερεκκρίσεως».

Πράγματι αί άλλοιώσεις επικρατοϋν εις τό όρθόν και ως έκ τούτου ή διάγνωσις είναι εύχερης και άμεσος, χάρις εις την όρθοσκοπήσιν. 'Εχουν περιγραφη και τινες μορφαι άνευ έντοπίσεως εις τό όρθόν, έξαιρετικώς σπάνια. Ούτω, επί 450 περιπτώσεων οί Rachei και Busson μίαν μόνην τούσπίν, αύτην μορφήν άναφέρουν. 'Η γνησία έξ άλλου μορφή, ή άνευ έπιπλοκών, χαρακτηρίζεται από την προαναφερθείσαν περιοδικότητα — έξαιρέσει της

όξειας μορφής, ήτις οδηγεί ταχύτατα πρὸς τὸν θάνατον— καὶ ἀπὸ τὴν τοπικὴν ὀρθοσκοπικὴν εἰκόνα. Ὁ δοθεὶς ἐπομένως ὀρισμὸς ἀνταποκρίνεται πλήρως πρὸς τὴν κλινικὴν εἰκόνα καὶ τὴν ἐξέλιξιν τῆς νόσου.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΩΝ

Ἡ νόσος περιεγράφη τὸ πρῶτον ἀπὸ τὸν Ἄγγλον W. Wilks τὸ 1873, ἐν συνεχείᾳ τὸ 1888 ὑπὸ τοῦ Hale White καὶ τὸ 1893 ὑπὸ τοῦ Mayo Robson, οἵτινες περιέγραψαν καὶ τὴν πρώτην κλινικὴν εἰκόνα. Τὸ 1903 ὁ Boas τὴν ὀνομάζει ἐλκώδη κοιλίτιδα, ἐν ἔτος δὲ ἀργότερον ὁ Lockhart · Mummery περιγράφει τὴν ὀρθοσκοπικὴν εἰκόνα αὐτῆς. Ἐκ τῶν νεωτέρων ἐρευνητῶν δέον ν' ἀναφέρωμεν τὸν Ἄγγλον Hurst, τοὺς Ἀμερικανοὺς L. Buie, Barger, Bassler, Mackie, Rankin κλπ., ἐκ δὲ τῶν Γάλλων τὸν R. Bensoude καὶ τὴν Σχολὴν του, ὡς καὶ τοὺς J. Rochet Busson, Arnous κλπ.

Ἡ νόσος δὲν παρατηρεῖται εἰς τὰ ζῶα. Εἰς τὸν ἄνθρωπον παρατηρεῖται εἰς ὅλας τὰς φυλάς, προσβάλλει οἰανδήποτε ἡλικίαν καὶ ἀμφότερα τὰ φύλα. Ἴσως τὸ γυναικεῖον φύλον νὰ προσβάλλεται κάπως περισσότερον (55%) ἀπὸ τὸ ἀνδρικόν (45%). Ἀπὸ ἀπόψεως ἡλικίας προσβάλλονται κυρίως τὰ νέα ἄτομα, ἀπὸ 16—40 ἐτῶν, σπανιώτερον τὰ ἄνω τῶν 60 (3,7%) καὶ κατὰ τὴν αὐτὴν στατιστικὴν εἰς ἀναλογίαν 10,9% τὰ κάτω τῶν 16 ἐτῶν. Ἰδιαιτέρα οἰκογενειακὴ προδιάθεσις δὲν ἀναφέρεται. Ὁ M. Paulson ἀναφέρει, ὅτι σπανίως ἀνεῦρε τὴν νόσον εἰς τοὺς Νέγρους. Ἐπιδημικὴ, μολυσματικὴ ἢ μεταδοτικὴ ἰδιότης δὲν παρετηρήθη, ὅπως καὶ οὐδὲν προληπτικὸν μέτρον εἶναι γνωστόν. Ἐπίσης, μία προσβολὴ δὲν προκαλεῖ ἀνοσίαν, ὥστε νὰ προστατεύη ἀπὸ μελλοντικὰς τοιαύτας.

Ἡ συνήθης κλινικὴ εἰκὼν εἶναι ἡ τοῦ *δυσεντερικοῦ συνδρόμου*, ὅπερ ἐρμηνεύει μίαν φλεγμονώδη, συμφορητικὴν καὶ ἐνίοτε ἐλκώδη ὀρθο·κοιλίτιδα. Χαρακτηρίζεται ἐπομένως ὑπὸ πολλὰς εἰς ἀριθμὸν καὶ ἀνωμάλους τὴν σύστασιν κενώσεις, αἵτινες περιέχουν βλένναν, αἷμα ἢ καὶ πύον, ἀναλόγως τῆς βαρύτητος καὶ τοῦ σταδίου ἐξελίξεως τῆς νόσου, ἀπὸ τεινεσμόν, ἀπὸ αἴσθημα ψευδοῦς ἀφοδεύσεως μὲ, ἐνίοτε, ὡς μόνον ἀποτέλεσμα τὴν ἀποβολὴν ἀερίων ἢ αἱματηρῶν βλεννῶν.

Ὑπάρχουν ὁμως διάφοροι κλινικαὶ μορφαί, ἐξαρτώμεναι ἐκ τῆς βαρύτητος, τῶν ἐπιπλοκῶν, τῆς ἐντοπίσεως κ.ο.κ., τὰς ὁποίας καὶ θὰ περιγράψωμεν. Κυρίως ὁμως θὰ διακρίνωμεν δύο μορφάς: τὴν *ὀξεῖαν* καὶ τὴν *χρόνιον*. Αἱ ὀξεῖαι μορφαί εἶναι βαρεῖαι προγνώσεως, ἅμα τῇ ἐκδηλώσει των. Αἱ χρόνιαι, πλεόν ἦναι, δυνατὸν νὰ ἐπιβαρυνθοῦν ἐν τῇ ἐξελίξει των.

Α' Ὁξεΐα μορφή. Βαρυτάτη ἄμα τῇ εἰσβολῇ τῆς νόσου, ὑπενθυμιζουσα τὰς βαρείας μορφάς τῆς μικροβιακῆς δυσεντερίας, πρὸς τὴν ὁποίαν, ἐξ ἄλλου, στρέφεται καὶ ἡ διάγνωσις.

Ἡ γενικὴ κατάστασις τοῦ ἀρρώστου εἶναι βαρεῖα. Ἡ θερμοκρασία ἀνέρχεται εἰς τοὺς 39° - 40°C. Παρατηρεῖται μεγάλη καταβολὴ τῶν δυνάμεων, προσβολὴ τῶν νευρικῶν κέντρων, μὲ ἡμικωμάτωδη κατάστασιν καὶ παραλήρημα. Ἡ ἀναιμία εἶναι ἔκδηλος. Ἐχομεν οὕτω τὴν πλήρη εἰκόνα βαρείας λοιμώξεως.

Αἱ κενώσεις εἶναι σχεδὸν συνεχεῖς. Ὁ ἀριθμὸς τῶν ὑπερβαίνει τὰς 20 - 40 εἰς τὸ 24ωρον. Αὗται περιέχουν βλένναν, αἷμα καὶ πύον ἢ μόνον αἷμα, συνοδεύονται δὲ ὑπὸ τεινεσμοῦ, κωλικῶν, συνεχοῦς αἰσθήματος ψευδοῦς ἀφοδεύσεως. Ἡ ἐξέτασις τῶν κοπράνων ἀποκαλύπτει ὅτι, ἐν τῇ πραγματικότητι, πρόκειται περὶ δυσκοιλιότητος, τὰ δὲ κόπρανα ἐπιπλέουν ἐντὸς ἐνὸς βλεννο-αιματηροῦ, πυώδους, δυσόσμου ὕγροῦ. Συχνὰ αἱ κενώσεις αὗται συνοδεύονται ὑπὸ μεγάλων αιμορραγιῶν, αἵτινες χρήζουσιν συνεχῶν μεταγγίσεων αἵματος.

Κατὰ τὴν ἐξέτασιν: Ἡ κοιλία εἶναι ἐπώδυνος. Ὁ πόνος οὗτος ἐρμηνεύει ἀπειλὴν βαρειῶν ἐπιπλοκῶν, ὅπως ἐντερικὴν διάρρησιν, ἐμβολὴν κ.λ.π. Τὸ ἥπαρ ἐπίσης εἶναι ἐπώδυνον.

Αἱ ἐργαστηριακαὶ ἐξετάσεις ἀποκαλύπτουν ἐντονὸν ὑπόχρωμον ἀναιμίαν (1.000.000 ἐρ. σίμ.), ἠύξημένην καθίζησιν καὶ λευκοκυττάρωσιν, μὲ τοξικὰς ἀλλοιώσεις τῶν λευκῶν αἰμοσφαιρίων (πυκνωτικὸς πυρὴν, πρωτόπλασμα κοκκιῶδες καὶ μὲ κενοτόπισ).

Ἡ ὀρθοσκοπήσις: Ἐάν καταστῆ δυνατὴ, δεικνύει τὴν κλασσικὴν εἰκόνα τῆς βαρείας κολίτιδος, μὲ βλεννογόνον ἀφθόνως αἰμάσσοντα, ἐξηλωμένον καὶ πυορροῦντα.

Ἡ ἐξέλιξις εἶναι ταχεῖα, ἐάν ἡ νόσος δὲν ὑποχωρήσῃ εἰς τὴν θεραπείαν (μεταγγίσεις αἵματος, πλάσμα, ἥπατικά ἐκχυλίσματα, βιοθεραπευτικά). Ἐντὸς ἐλαχίστων ἐβδομάδων—3 ἕως 6—ἐπέρχεται ὁ θάνατος λόγῳ τοξικῆς καταστάσεως. Ἐνίοτε ἐνωρίτερον λόγῳ μεγάλης ἐντερορραγίας.

Εἶναι ὅμως δυνατόν ἡ ὀξεΐα αὕτη κατάστασις, εἴτε αὐτομάτως εἴτε κατόπιν τῆς θεραπείας ταύτης, νὰ ὑποχωρήσῃ καὶ νὰ ἐξελιχθῇ πρὸς τὴν χρονίαν μορφήν, μὲ τὰς φαινομενικὰς τῆς λύσεως. Ἄλλοτε ἡ ὀξεΐα κατάστασις ὑποκαθίσταται ἀπὸ ὑποξείαν τοιαύτην, μὲ θερμοκρασίαν κυμαινομένην περὶ τοὺς 38°, μὲ ἀδυναμίαν, μὲ ἀνωμάλους κενώσεις, 4 - 5 κατὰ 24ωρον, καὶ παραμονὴν τῶν ὀρθο-

σκοπικῶν ἀλλοιώσεων. Ἡ νόσος παρατείνεται οὕτως ἐπὶ μῆνας μὲ ἀύξομειώσεις, ἀλλὰ καὶ μὲ ἐπιμονὴν τῶν παθολογοανατομικῶν ἀλλοιώσεων, ὁπότε ἐπέρχεται καὶ νέα ὀξεῖα κρίσις, ἥτις πολλάκις μᾶς ἀναγκάζει νὰ προβῶμεν ἐπειγόντως εἰς τὴν χειρουργικὴν ἐπέμβασιν.

Αἱ ὀξεῖαι καὶ θανατηφόροι αὗται μορφαὶ εἶναι ἀρκετὰ συχναὶ ἐν Ἀμερικῇ καὶ Ἀγγλίᾳ, πολὺ πλεον σπάνιαι ἐν Εὐρώπῃ καὶ παρ' ἡμῖν. Μέχρι τοῦδε ἔσχομεν 4 θανάτους λόγῳ κεραυνοβόλου ἐξελίξεως, ἠναγκάσθημεν δὲ νὰ χειρουργήσωμεν ἐτέρους 7 ἀρρώστους λόγῳ τῆς παρατεινομένης βαρείας καταστάσεως.

Σημειωτέον, ὅτι εἰς τὰ παιδιὰ, ἂν καὶ γενικῶς ἡ νόσος σπανίζει, ἡ ὀξεῖα μορφή εἶναι ἀρκετὰ συχνή.

Β' Χρονία μορφή. Ἡ πλέον συχνή, χαρακτηρίζεται κυρίως ἀπὸ τὴν περιοδικὴν τῆς ἐξέλιξιν. Ἐπὶ ἔτη ὁ ἄρρωστος, ἡλικίας 16 - 45 ἐτῶν συνήθως, ἄνδρας ἢ γυναῖκα, παρουσιάζει περιόδους χαρακτηριζομένας ἀπὸ ὀξεία ἢ ὑποξεία φαινόμενα, αἵτινες ὑποχωροῦν ἀντικαθιστάμεναι ἀπὸ περιόδους μακρᾶς διαρκείας κλινικῆς ἡρεμίας, οὕτως ὥστε ὁ ἄρρωστος νὰ θεωρῆ ἑαυτὸν ἰαθέντα.

Ἡ εἰσβολὴ ποικίλλει. Ἐνίοτε ὑπουλος, χαρακτηρίζεται ἀπὸ κενώσεις, αἵτινες ἀρχικῶς περιέχουν βλένναν, ἐν συνεχείᾳ καθίστανται βλεννο - αιματηραὶ ἢ λιαν αιματηραὶ, καὶ τῶν ὁποίων ὁ ἀριθμὸς εἰς τὸ 24ωρον συνεχῶς αὐξάνει, ὥστε ἐντὸς ὀλίγων ἡμερῶν ἢ ἐβδομάδων νὰ ἐγκαθίσταται πλήρως τὸ τυπικὸν σύνδρομον.

Συνήθως ὁμως ἡ εἰσβολὴ εἶναι ταχεῖα. Ἐντὸς ὀλίγων ἡμερῶν, ἂν ὄχι ὥρων, ἐμφανίζονται 10 - 15 βλεννοαιματηραὶ ἢ αιματηραὶ κενώσεις εἰς τὸ 24ωρον.

Περίοδος ἀκμῆς. Χαρακτηρίζεται κυρίως ἀπὸ τὸ ποικίλης ἐντάσεως δυσεντερικὸν σύνδρομον. Ὁ ἀριθμὸς τῶν κενώσεων κυμαίνεται : 5, 10, 15 καὶ πλέον εἰς τὸ 24ωρον. Αὗται περιέχουν βλένναν, αἷμα καὶ πύον, ἄλλοτε ἄνευ κοπράνων, ὁπότε ἐν τῇ πραγματικότητι ἔχομεν δυσκοιλιότητα, ἄλλοτε περιέχουν τοιαῦτα ὑπὸ μορφήν ὕδαρῆ ἢ πολτώδη, ἀναμεμιγμένα μετὰ τῶν ὡς ἄνω ἐκκρίσεων.

Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον πρόκειται περὶ διαρροϊκῶν φαινομένων, πλέον ἐκσεσημασμένων ἀπὸ ἐκεῖνα, ἅτινα παρατηροῦνται κατὰ τὰς ἀμοιβαδικὰς ἢ μικροβιακὰς δυσεντερίας, εἰς τὰ ὁποῖα ἐπικρατεῖ περισσότερο ἢ δυσκοιλιότης. Ἐνίοτε ἐπικρατεῖ μία μορφή: Ἡ πυώδης, μὲ κύριον στοιχεῖον τὸ πύον, ἢ σίμορραγικὴ, λιαν συχνή, ὁπότε τὸ αἷμα εἴτε καλύπτει ἀπολύτως τὴν κένωσιν εἴτε

προεξάρχει ως τὸ μόνον στοιχείον, ἐνίοτε διαλελυμένον ὡς νὰ ὑπέστη αἰμόλυσιν καὶ εἰς τεραστίαν ποσότητα. Συνήθως ὁμως αἱ μορφαὶ εἶναι μικταί, μόνον δὲ εἰς τὰς ἐπιπεπλεγμένας μορφάς παρατηρεῖται μόνον πόνον.

Ἐχει ἐπίσης περιγραφῆ καὶ μία γαγγραινώδης μορφή, χαρακτηριζομένη ἀπὸ τὴν δυσοσμίαν τῶν κοπράνων, ἐντὸς τῶν ὁποίων διακρίνονται μέλανα ὑπολείμματα ἐντέρου.

Οἱ πόνοι εἶναι ὀλιγώτερον ἐντονοὶ ἀπὸ τοὺς παρατηροῦμένους εἰς τὰς γνησίας δυσεντερίας. Ἐξαρτῶνται ἐκ τῆς ἐντοπίσεως τῶν ἀλλοιώσεων καὶ παρατηροῦνται κυρίως κατὰ τὰς ὀξείας φάσεις τῆς νόσου. Οἱ γενικευμένοι κωλικοί, ὁ τεινεσμός, τὸ αἶσθημα ψευδοῦς ἀφοδεύσεως παρατηροῦνται σταθερῶς ἐπὶ ἡμέρας, με ἀντανάκλασιν πρὸς τοὺς μηρούς, τὰ γεννητικὰ ὄργανα, ἐπιδεινοῦνται δὲ συχνά ὑπὸ μιᾶς ἐπιπροσθέτου αἰμορροϊδικῆς κρίσεως. Ἡ κοιλία εἶναι ἐλαφρῶς ἐπώδυνος, ἰδίως κατὰ τὴν χώραν τοῦ κατιόντος· σιγμοειδοῦς, ὡς καὶ τοῦ τυφλοῦ· ἀνιόντος.

Ἡ γενικὴ κατάσταση προσβάλλεται δυσαναλόγως, κατὰ τὸν ἄρρωστον. Εἰς τινὰς παρατηρεῖται γενικὴ καταβολὴ τῶν δυνάμεων, ἀνορεξία, ἐξάντλησις, ἀπίσχανσις, ἀναιμία, ταχυκαρδία, ἐνίοτε, καὶ ὅταν παρατείνεται ἡ νόσος, ἔμετοι, ἡ δὲ θερμοκρασία κυμαίνεται ἀπὸ 38° - 40° C. Εἰς τοὺς περισσοτέρους ὁμως τῶν ἀρρώστων ἡ γενικὴ κατάσταση ἀποτελεῖ περίεργον, ἀλλὰ χαρακτηριστικὴν ἀντίθεσιν μετὰ τὴν ἐντερικὴν τοιαύτην. Τὰ μόνον σημεῖα εἶναι ἐλαφρά κόπωσης, ἀσήμαντος ἀπίσχανσις, ἀνευ τοπικῶν σημεῖων, μετὰ κοιλίαν μαλθακὴν, ἀνώδυνον.

Περίοδος ὑφέσεως. Εἰς ἄλλοτε ἄλλο χρονικὸν διάστημα τὸ δυσεντερικὸν σύνδρομον ὑποχωρεῖ καὶ ὁ ἄρρωστος ἔχει πολλάκις τὴν ἐντύπωσιν τῆς πλήρους ἰάσεως. Ἐν τῇ πραγματικότητι ὁμως καὶ ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον πρόκειται περὶ ἀπλῆς ἀναστολῆς. Ἐχομεν οὕτω μίαν ἐκ τῶν πολλῶν ἐνδιαμέσων φάσεων κλινικῆς ἡρεμίας, ἃς δὲν πρέπει νὰ λησμονῶμεν καὶ νὰ ἐκλαμβάνωμεν ὡς ἴασις, ἐὰν θέλωμεν ν' ἀποφύγωμεν, μεταγενεστέρως, πικρὰς θεραπευτικὰς ἀπογοητεύσεις.

Εἰς τινὰς ἀρρώστους παρατηρεῖται ἡ πλήρης ἐξαφάνισις τῶν κλινικῶν ἐκδηλώσεων. Αἱ κενώσεις εἶναι φυσιολογικαὶ τὸν ἀριθμὸν καὶ τὴν σύστασιν. Οἱ πόνοι, αἱ βλένναι, τὸ αἷμα ἔχουν ἐξαφανισθῆ, ἐνῶ παραλλήλως βελτιοῦται ἡ γενικὴ κατάσταση τοῦ ἀρρώστου.

Ἄλλοι ἄρρωστοὶ διατηροῦν εἰσέτι καὶ κατὰ τὴν φάσιν ταύτην ὀρισμένα συμπτώματα τῆς νόσου των : κατὰ διαστήματα ὀλίγον

αίμα εις τὰς κενώσεις, αἵτινες δυνατόν νά εἶναι διαρροϊκαί ἢ βλενωδεις.

Μία τρίτη ὁμάς ἀρρώστων, παρά τήν ἀρίστην γενικήν κατάστασιν, ἐμφανίζει, μολταυτα, καθημερινῶς δύο ἕως τρεῖς κενώσεις αιματηράς ἢ καί πυώδεις, ἢ ἀπλῶς διαρροϊκάς ἢ πολτώδεις, ὑπενθυμιζούσας οὕτω τοὺς χρονίους δυσεντερικούς.

Ἐπαναλαμβάνομεν ὅμως, ὅτι ἡ ἴσσις αὕτη εἶναι φαινομενική καί μετὰ χρονικόν διάστημα ποικίλης διαρκείας ἡ νόσος ὑποτροπιάζει. Ἐξ ἄλλου, παθολογοανατομικῶς, ἡ πλήρης ἀποκατάστασις τοῦ ἐντερικοῦ βλεννογόνου εἶναι σπανία. Καί κατά τήν φάσιν τῆς ὑφέσεως τὰ ὀρθοσκοπικά εὐρήματα εἶναι τοιαῦτα, ὥστε νά ἐπιτρέπουν τήν διάγνωσιν.

Ἐξέλιξις. Ἡ νόσος χαρακτηρίζεται ἀπό τήν περιοδικήν ἐξέλιξιν τῆς: τὰ κατά περιόδους ἐμφανιζόμενα κλινικά ἐνοχλήματα διαρκοῦν — ἀναλόγως τῆς βαρύτητος τῆς νόσου — ὀλίγας ἡμέρας, ἑβδομάδας ἢ καί μῆνας. Ἐν συνεχείᾳ ἐπακολουθεῖ μία περίοδος ἡρεμίας, ἄνευ κλινικῶν συμπτωμάτων, ποικίλης καί ἐδῶ διαρκείας, ἐνίοτε ἐπὶ ἔτη ὀλόκληρα, με ἀρίστην γενικήν κατάστασιν.

Ἡ περιοδική αὕτη ἐξέλιξις ἐνέχει μεγίστην διαγνωστικὴν σημασίαν καί δέον πάντοτε ν' ἀναζητεῖται εἰς τὸ ἱστορικόν τοῦ ἀρρώστου, ὅστις πιθανόν προηγηθείσας κρίσεις ἀβληχρᾶς ἐντάσεως νά τὰς ἔχη ἀποδώσει εἰς μίαν ἀπλήν διαρροϊκὴν κατάστασιν, εἰς παρατεταμένην τροφικὴν δηλητηρίασιν ἢ ἄλλην τοξικὴν κατάστασιν, εἰς αἱμορροϊδικὴν κρίσιν κ.ο.κ.

Θ' ἀναζητηθῇ τὸ πιθανόν αἷτιον τὸ προκαλοῦν μίαν τοιαύτην «κρίσιν», ὅπως ὁ ψυχικὸς παράγων, διαιτητικὴ παρέκκλισις, ἐστιακὴ λοίμωξις, κύησις, χειρουργικὴ ἐπέμβασις κλπ.

Ἡ αἱμορραγικὴ ὀρθοκολίτις δύναται ἐπομένως νά ταυτισθῇ, ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἐξέλιξιν, με τὴν «νόσον ἔλκος». Οἱ Rachei, Busson καί Aignous ἀναφέρουν πράγματι, ὅτι ἐφαρμόζοντες τὴν γραφικὴν ἀναπαράστασιν τῆς νόσου ἔλκος, ἦν πρῶτοι ὑπεδείξαμεν μετὰ τοῦ διδασκάλου μας κ. R. A. Guimann, προσδιορίζουν ἐπακριβῶς τὴν διάρκειαν τῶν «κρίσεων» ὡς καί τὴν τῶν περιόδων ὑφέσεως. Οὕτω καί μόνον, ὅπως καί εἰς τὰ ἔλκη, δυνάμεθα νά κρίνωμεν τὴν ἀξίαν καί τ' ἀποτελέσματα μιᾶς θεραπείας.

Σύμφωνα με τὴν ὡς ἄνω λεπτομερῆ ἔρευναν, δυνάμεθα νά περιγράψωμεν τέσσαρας μορφὰς ἐξελίξεως τῆς αἱμορραγικῆς ὀρθοκολίτιδος.

α) Ἐξέλιξις ἐτησία: ἡ πλέον συχνή. Τὸ δυσεντερικόν

σύνδρομον εμφανίζεται άπαξ τοῦ έτους, κατά τήν αὐτήν έποχήν, μέ τήν αὐτήν σχεδόν διάρκειαν, παρά τήν θεραπείαν ἢ καί άνευ τοιαύτης.

β) Έξέλιξις κατά μακράς περιόδους ύφέσεως: αἱ «κρίσεις» καθίστανται άραιότεραι, οἱ άρρώστοι ήρεμοῦν επί δύο, τρία ἢ καί περισσότερα έτη, καθ' ἃ ἡ λειτουργία τοῦ έντέρου εἶναι φυσιολογική καί ἡ γενική κατάστασις άρίστη.

γ) Έξέλιξις κατά συχνά διαστήματα: αἱ ύποτροπαί αύξάνουν εἰς τό έτος, ἡ διάρκεια τῶν περιόδων ύφέσεως σμικρύνεται, τά ένοχλήματα εἰς έκάστην ύποτροπήν εἶναι συνήθως τῆς αὐτῆς έντάσεως καί διαρκείας.

δ) Χρονία καί συνεχής εξέλιξις: Κλινική εἰκὼν χρονίας δυσεντερίας. Ἡ λεπτομερής δμως λήψις τοῦ Ιστορικοῦ άποκαλύπτει τήν ύπαρξιν μιᾶς σχετικῆς τάξεως καί περιοδικότητος τῶν παροξυσμῶν. Αἱ ύποτροπαί χωρίζονται ἡ μία τῆς άλλης, οὐχί ὅπως άνωτέρω, άπό τήν φαινομενικήν κλινικήν Ιασιν, αλλά έκδηλοῦνται επί μιᾶς χρονίας καταστάσεως, έν εἶδει περιοδικῆς έξάρσεως.

Έν περιλήψει: αἱ «κρίσεις» έπέρχονται αὐτομάτως, άνευ έμφανοῦς αίτίας, διαρκοῦν ώρισμένον χρονικόν διάστημα καί συνήθως έξαφανίζονται, ἵνα ύποτροπιάσουν κατόπιν μιᾶς ποικίλης διαρκείας ύφέσεως, καθ' ἣν ὁ άρρώστος θεωρεῖ έαυτὸν Ιαθέντα παρά τήν άτελή παθολογο-ανατομικήν Ιασιν. Ὅπως καί εἰς τό έλκος, οὕτω καί έδῶ ἡ νόσος ύποτροπιάζει καθ' ώρισμένας έποχάς, άνοιξιν καί φθινόπωρον, εἴτε οἱ άρρώστοι οὗτοι ύπεβλήθησαν εἰς θεραπείαν εἴτε ὄχι. Ἀρκετά συχνά ἡ νέα ύποτροπή διαφέρει τῆς προηγηθείσης, προσβάλλουσα έτι περισσότερον τήν γενικήν κατάστασιν τοῦ άρρώστου, μέ ύψηλόν πυρετόν, άπίσχνανσιν καί κυρίως έμφάνισιν πύου, ὅπερ σημαίνει έπελθοῦσαν έπιμόλυνσιν καί έπιβάρυνσιν τῆς προγνώσεως.

ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ

Αὕτη θά βασισθῆ σχεδόν πάντοτε επί τῆς ένδοσκοπήσεως. Καί τοῦτο διότι, έξαιρέσει σπανιστάτων μορφῶν, ἡ νόσος άρχεται άπό τοῦ ὀρθοῦ καί σιγμοειδοῦς, ὅπου αἱ άλλιώσεις εἶναι παθογνωμονικά. Θά συμπληρώσωμεν μέ τήν εξέτασιν τῶν κοπράνων καί τήν άκτινολογικήν εξέτασιν.

1.— Έξέτασις κοπράνων: Ἐπιμελής καί άπό Ιίαν πεπειραμένον εἰδικόν, θ' άποκλείση τάς άλλας δυσεντερίας, παρασιτικές ἢ μικροβιακάς. Θά έχωμεν έπίσης ὅπ' ὄψιν, ὅτι ἡ άνεύρεσις

άμοιβάδων δὲν σημαίνει πάντοτε ὅτι τὰ ἐνοχλήματα, δι' ἃ παραπονεῖται ὁ ἄρρωστος, ὀφείλονται εἰς ταύτας, οὔτε ὅτι καὶ τὸ χαρακτηρισθὲν παράσιτον εἶναι πράγματι ἡ ἱστολυτικὴ ἀμοιβὰς, δεδομένου ὅτι ὁ διαχωρισμὸς ταύτης ἀπὸ ἄλλας μὴ παθογόνους εἶναι λίαν δυσχερῆς καὶ ἀπαιτεῖ πολυετὴ πείραν. Καὶ αὐτὴ ὅμως ἡ ἀναζήτησις τῶν βακτηριδίων τῆς μικροβιακῆς δυσεντερίας εἶναι λίαν ἐπίπονος καὶ ἐπίπλοκος, γίνεται δὲ μόνον εἰς εἰδικευμένα ἐργαστήρια.

Ἡ χημικὴ, ἐξ ἄλλου, ἐξέτασις τῶν κοπράνων δεικνύει, ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον, φυσιολογικὴν πέψιν. Διαταραχαί ταύτης ἐρμηνεύουσι συνήθως τὴν συνυπάρχουσαν προσβολὴν τοῦ λεπτοῦ ἐντέρου εἴτε τὴν ταχεῖαν ἐκκένωσίν του.

2.— Ὁ ὀρθο-σιγμοειδοσκοπήσις. Ἐξέτασις βασικὴ, παθογνωμονικὴ, δεδομένου ὅτι ἡ κλινικὴ εἰκὼν δὲν εἶναι ἀπόλυτος, ἢ ἐξέτασις τῶν κοπράνων ἀρνητικὴ, ἢ δὲ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις, ὡς θὰ ἴδωμεν, δὲν ἐπιτρέπει ἀσφαλῆ διάγνωσιν. Ἡ ὀρθοσκοπήσις, ἀντιθέτως, ἐπιτρέπει ὄχι μόνον τὴν ἀσφαλῆ διάγνωσιν τῆς αἱμορραγικῆς ὀρθο-κολίτιδος, ἀλλὰ καὶ τὴν διαφορικὴν διάγνωσιν μὲ τὰς ἄλλας δυσεντερίας, μὲ διαφόρους παθήσεις τοῦ ὀρθοῦ, ὡς ὄγκους κλπ., ὡς ἐπίσης καὶ τὸν ἔλεγχον τῆς πορείας τῆς νόσου εἰς ὅλα τὰ στάδια ἐξελίξεώς της. Εἶναι ἐξ ἄλλου τὸ μόνον βέβαιον μέσον, ὅπερ ἐπιτρέπει νὰ κρίνη τις τὴν ἐπίδρασιν μιᾶς θεραπείας καὶ τὴν παθολογο-ανατομικὴν ἀποκατάστασιν τοῦ βλεννογόνου. Ἡ ἐξαιρετικῶς ἀπλὴ καὶ ἀκίνδυνος αὕτη ἐξέτασις δύναται νὰ ἐκτελεσθῇ καὶ εἰς αὐτὴν τὴν κλίνην τοῦ ἄρρωστου.

Ἡ μέσφ τοῦ ὀρθοσκοπίου παρατηρουμένη φυσιολογικὴ ὄψις τοῦ βλεννογόνου τοῦ ὀρθοῦ δεόν νὰ εἶναι γνωστὴ, ὥστε νὰ γίνεται ἀμέσως ἀντιληπτὴ κάθε παθολογικὴ ἀλλοίωσις.

Ὁ φυσιολογικὸς βλεννογόνος τοῦ ὀρθοῦ ἔχει ροδίνην χροιάν, εἰς ἄτομα δὲ χρησιμοποιοῦντα καθαρτικὰ ἢ ὑποβαλλόμενα εἰς ἀλατούχους ὑποκλυσμοὺς καθίσταται ἐνίοτε πλεόν ἐρυθρός, τὰ λεπτὰ ἀγγεῖα διαγράφονται ἐπὶ τοῦ βλεννογόνου, ὅστις δὲν τραυματίζεται εὐκόλως καὶ δὲν αἱμορραγεῖ εἰς τὴν ἐλαφρὰν ἢ καὶ ἰσχυρὰν πίεσιν τοῦ ὀρθοσκοπίου. Ἐνίοτε διακρίνονται ἀγγεῖα πλεόν διηυρυσμένα μὲ ἐλικοειδῆ διαδρομὴν. Τὸ ὀρθὸν ἔχει συνήθως τρεῖς βαλβίδας, γνωστὰς ὡς βαλβίδας τοῦ Houston, τῶν ὁποίων τὸ χεῖλος, λίαν ὀξύ, εἶναι ἐλεύθερον. Ἡ κάτω μοῖρα τοῦ ὀρθοῦ εἶναι εὐρεῖα, ἐνῶ ἡ ἄνω, ὡς καὶ ἡ κατωτέρα τοῦ σιγμοειδοῦς, εἶναι πολὺ μικροτέρας διαμέτρου. Ἡ διάγνωσις τῆς αἱμορραγικῆς ὀρθο-κολίτιδος, ἥτις προσβάλλει κατὰ πρῶτον τὸ ὀρθόν, εἶναι εὐχερῆς χάρις εἰς τὰς παθο-

γνωμονικάς αλλοιώσεις ἅς ὑφίσταται ταῦτο. Οἱ ἄρρωστοὶ ἐξ ἄλλου σπανίως προσέρχονται πρὸς ἐξέτασιν κατὰ τὸ ἀρχικὸν στάδιον — τὸ καὶ δυσχερέστερον ἀπὸ διαγνωστικῆς ἀπόψεως — ἀλλὰ συνήθως κατὰ τὴν περίοδον τῆς ἀκμῆς ἢ κατὰ μίαν περίοδον ὑφέσεως τῆς χρονίας μορφῆς.

Ἐναλόγως τῶν ὀρθοσκοπικῶν αλλοιώσεων, δυνάμεθα νὰ διακρίνωμεν — ἄρκετὰ σχηματικῶς — τέσσαρα στάδια ἐξελίξεως :

α) Διάχυτος φλεγμονὴ τοῦ βλεννογόνου τοῦ ὀρθοῦ ἐρμηνευομένη ὑπὸ τῆς πλέον τοῦ φυσιολογικοῦ ἐρυθρᾶς χροιάς. Τὰ πολλαπλᾶ ἄγγεῖα διαγράφουν λεπτὸν καὶ λίαν πυκνὸν δίκτυον, σημεῖον καὶ αὐτὸ φλεγμονῆς. Σημαντικὸν διαγνωστικὸν σημεῖον : ὁ βλεννογόνος ἀποκόπτεται εὐκόλως.

β) Εἰς τὴν ἄνω περιγραφείσαν διάχυτον φλεγμονὴν ἐπιπροστίθεται ἡ πάχυνσις τοῦ βλεννογόνου, ἣτις οφείλεται εἰς ὑπεραιμίαν καὶ οἴδημα, ὅπερ ἐνίοτε δίδει εἰς τοῦτον μίαν ὠχρότητα. Αἱ βαλβίδες Houston εἶναι σαφῶς πεπαχυσμένοι, τὸ δὲ ἐλεύθερον χεῖλος τῶν ἀπὸ ὀξέος ἀποστρογγυλοῦται. Ὁ βλεννογόνος εἶναι πολὺ πλέον εὐθρυπτός καὶ τῇ ἀπλῇ πλέον πιέσει τοῦ ὀρθοσκοπίου ἀποκόπτεται ἐν εἴδει ἡμισελήνου.

Εἰς τινὰς μορφάς — σπανίως ὁμοῦς — εἶναι δυνατόν νὰ διακρίνωμεν ἐν τῷ μέσῳ τοῦ συμφορητικοῦ, ὑπεραιμικοῦ καὶ οἴδηματώδους τούτου βλεννογόνου, μυριάδας φαιοκιτρίνων καὶ μικροσκοπικῶν στιγμάτων, διαμέτρου 1—2 χιλιοστών, ὑπὸ τὸν βλεννογόνον, μικροσκοπικὰ ἀποστήματα, ἅτινα εἰς προκεχωρημένον στάδιον ρήγνυνται, κενουμένου τοῦ περιεχομένου τῶν ἐντὸς τοῦ ἐντέρου. Τοῦτο παρατηρεῖται εἰς τὰς βαρείας, πυώδεις μορφάς, ὅπου τὰ ἀποστήματα ταῦτα ἐν συνεχείᾳ ἀντικαθίστανται ὑπὸ ἐξελκώσεων ποικίλου μεγέθους, ἀπὸ κεφαλῆς καρφίδος μέχρι διαμέτρου ἐνὸς ἑκατοστοῦ καὶ πλέον.

γ) Κατὰ τὸ στάδιον τοῦτο τῆς ἀκμῆς, ἡ ὀρθοσκοπικὴ εἰκὼν εἶναι λίαν χαρακτηριστικὴ καὶ παθογνωμονικὴ, μὴ ἀπαντωμένη εἰς οὐδεμίαν ἄλλην νόσον : ὁ ἐντερικὸς βλεννογόνος εἶναι λίαν ἐρυθρός, λαμπρός, κοκκιώδης, ἐνίοτε ἐξηλωμένος κατὰ ζώνας. Καλύπτεται ὑπὸ πορφυρικῶν κηλίδων καὶ ἐκχυμώσεων, ὥστε νὰ δίδῃ τὴν εἰκόνα μιᾶς γνησίας πορφύρας. Κυρίως ὁμοῦς εἶναι ἐξαιρετικὰ εὐθρυπτός, ἀποκόπτεται τῇ ἀπλῇ ἐπαφῇ τοῦ ὀρθοσκοπίου, αὐτομάτως δὲ αἰμορραγεῖ, τὸ δὲ αἷμα ἀναβλύζει «ὅπως ὁ ἰδρῶς ἐκ τοῦ μετώπου» εἰς τοιαύτην ποσότητα καὶ συνεχῶς, ὥστε νὰ πληροῖ τὸ ὀρθοσκόπιον

καί νά παρεμποδίζεται οὕτως ἢ ἐπὶ μακρὸν ἐξέτασις. Ἡ ἐξαιρετικὴ εὐθρυπτότης καί ἡ ἄφθονος καί αὐτόματος αἰμορραγία εἶναι τὰ πλέον χαρακτηριστικὰ σημεῖα.

δ) Ὑπὸ τὴν ἐπίδρασιν τῆς θεραπευτικῆς ἀγωγῆς, ἢ καί αὐτομάτως, ἡ νόσος εἰσέρχεται εἰς τὸ στάδιον τῆς ὑφέσεως, ἀλλ' ὁ βλεννογόνος παραμένει εἰσέτι κοκκιώδης. Ἐάν ὑπῆρχον ἐξελκώσεις, αὗται δὲν παρατηροῦνται πλέον, δυνατόν ὅμως νά διακρίνονται αἱ οὐλαί, ἰδίως ἐπὶ τῶν βαλβίδων. Σπανίως ὅμως ἐπέρχεται ἡ πλήρης ἴασις. Οὕτω ἢ πλείους τοῦ βλεννογόνου ἀποκαλύπτει τὴν εὐθρυπτότητά του, μικρὰ ποσότης αἵματος ἀναβλύζει εἰσέτι, καί ὅταν ἀκόμη ὁ βλεννογόνος ἐμφανίζεται φυσιολογικός, ἡ βιοψία ἀποκαλύπτει τὴν ὕπαρξιν τῶν χαρακτηριστικῶν ἱστολογικῶν ἀλλοιώσεων τῆς νόσου (Rochef, Delarue, Busson).

Εἰς τὰς χρονίας καί ἀπὸ ἐτῶν ἐξελισσομένης μορφᾶς, δυνατόν, κατὰ τὸ στάδιον αὐτό, νά παρατηρηθῇ μία ἐκ βλαστητικῆ ὀρθίτις, διακρινομένη ἐκ τῆς δημιουργίας κατὰ μῆκος ὀρθοῦ—σιγμοειδοῦς τῶν ψευδο-πολυπόδων, πολλῶν ἐνίοτε εἰς ἀριθμὸν, ὥστε νά ὑποδύονται τὴν ἐντερικὴν πολυποδίασιν.

Αἱ συμφορητικαί, ἐλκώδεις ἢ ἐκβλαστητικαὶ αὗται ἀλλοιώσεις δυνατόν νά παραμεῖνουν ἀμιγεῖς. Συχνά ὅμως, λόγῳ τῆς εἰσόδου διὰ τῶν ἀνοικτῶν ἐλκῶν ἐντὸς τοῦ ἐντερικοῦ τοιχώματος διαφόρων μικρο-ὀργανισμῶν καί τῆς οὕτω προκαλουμένης ἐπιμολύνσεως, δημιουργεῖται μία πυώδης ὀρθίτις.

Μετά τὴν ἴασιν παρατηρεῖται ἐλάττωσις τοῦ εὗρους τοῦ ἐντερικοῦ αὐλοῦ, λόγῳ δὲ τῶν ἐπανειλημμένων προσβολῶν δυνατόν νά δημιουργηθῇ στένωσις. Αὕτη ἄρχεται παρὰ τὸ ὀρθόν, προσβάλλουσα τὰς βαλβίδας, αἵτινες στρογγυλοῦνται, ἐξελκοῦνται, ἐξαφανίζονται λόγῳ τῆς συρρικνώσεως τοῦ ὀρθοῦ. Πράγματι, ἡ διάμετρος τούτου ἐλαττοῦται μέχρι 1-2 ἐκ., μὲ ἀποτέλεσμα τὴν δημιουργίαν ἐνός ἀκάμπτου καί ἄνευ βαλβίδων σωλήνος, ὅστις πυορροεῖ καί αἰμορραγεῖ. Σημειωτέον, ὅτι ἡ στένωσις αὕτη δυνατόν ν' ἀφορᾷ ὄχι μόνον τὸ ὀρθόν, ἀλλὰ καί τὸ σιγμοειδές, ἀκόμη καί τὸ κατιόν ἢ καί ἐτι ὑψηλότερον (βλ. ἐπιπλοκάς).

3. Ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις: Δὲν εἶναι καί ἀπολύτως ἀπαραίτητος διὰ τὴν διάγνωσιν, παρουσιάζει ὅμως πολλὰ πλοῦν ἐνδιαφέρον. Αὕτη ἐπιτρέπει :

— Τὴν διαπίστωσιν τῆς ἐπεκτάσεως τῆς νόσου εἰς ὕψος καί τὴν εἰς βάθος προσβολὴν τοῦ ἐντερικοῦ τοιχώματος.

— Τὴν ἀνακάλυψιν ἐπιπλοκῶν (στένωσις, ψευδοπολυποδίασις εἰς ὕψος), τὴν τυχόν συνύπαρξιν ὄγκου.

— Τὴν διαπίστωσιν μιᾶς πιθανῆς· ἀλλὰ σπανίας· προσβολῆς τοῦ εἰλεοῦ, μεγάλης σημασίας, προκειμένου νὰ λάβῃ χώραν χειρουργικὴ ἐπέμβασις.

Δυνατὸν ὁμως ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις νὰ ἀποβῆ ἀρνητικὴ, παρὰ τὴν ὑπαρξιν ἐκτεταμένων ἀλλοιώσεων.

Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις θὰ γίνῃ οὐχὶ διὰ τῆς λήψεως τοῦ βαρίου per os, ἀλλὰ κατόπιν βαριούχου ὑποκλυσμοῦ καὶ ἀφοῦ προηγηθῆ ὑποκλυσμός καθαριότητος. Ἡ εἰς τρεῖς χρόνους ἐξέτασις εἶναι ἡ πλέον ἐνδεικνυομένη, ἤτοι ἡμιπλήρωσις, ἐκκένωσις, ἐμφύσησις ἀέρος. Ἡ πλήρωσις τοῦ ἐντέρου διὰ τοῦ βαριούχου πόλου δέον νὰ γίνεται διὰ χαμηλῆς πιέσεως, οὕτως ὥστε ν' ἀποφεύγεται ἡ ἀπότομος διάτασις τοῦ ἐντέρου. Ἡ ἐκκένωσις ἐπιτρέπει τὴν μελέτην τοῦ ἐκμαγείου τοῦ ἐντέρου καὶ τῶν τοιχωματικῶν ἀλλοιώσεων, ἡ δὲ ἐν συνεχείᾳ ἐμφύσησις ἀέρος μᾶς πληροφορεῖ περὶ τῆς διατηρήσεως τῆς ἐλαστικότητος τῶν τοιχωμάτων καὶ ἀποκαλύπτει ἐπὶ πλέον τὴν τυχόν συνύπαρξιν πολυπόδων.

Τὰ κυριώτερα ἀκτινολογικὰ σημεῖα τῆς αἰμορραγικῆς ὀρθοκολίτιδος εἶναι τὰ ἑξῆς :

α) Ἐξαφάνισις τῶν ἐντομῶν : Ἡ ἀπουσία τούτων ἐπὶ τμήματος τοῦ κόλου, ὡς ἐρμηνεύουσα σημαντικὴν προσβολὴν τοῦ ὑποβλεννογονίου χιτῶνος, ἀποτελεῖ τὸ σπουδαιότερον ἀκτινολογικὸν σημεῖον, ἰδίως ὅταν τὸ εὔρημα τοῦτο εἶναι σταθερὸν εἰς ἐπανειλημμένας ἐξετάσεις. Ἀνάλογον εἰκόνα δυνατὸν νὰ δώσῃ μία ἀτονία τοῦ ἐντέρου, αὕτη ὁμως ἐξαφανίζεται κατὰ τὸ στάδιον τῆς ἐκκενώσεως.

β) Ἐλάττωσις τοῦ εὗρους καὶ θράχυνσις τοῦ ἐντέρου : Παρατηρεῖται ἐν συνδυασμῷ μὲ τὴν ἐξαφάνισιν τῶν ἐντομῶν καὶ ἐφ' ὅσον δὲν ἔχει προσβληθῆ ὁ μυϊκὸς χιτῶν, ἡ ὑπερτονία τοῦ ὁποίου καὶ προκαλεῖ τὰ φαινόμενα ταῦτα. Δεδομένου ὅτι ἡ νόσος προσβάλλει ἀρχικῶς τὸ ὀρθόν, ὡς πρῶτον σημεῖον θὰ ἔχωμεν τὴν ἐλάττωσιν εὗρους καὶ μήκους τούτου μὲ ἐξαφάνισιν τῶν βαλβίδων Houston. Ἐφ' ὅσον ἡ νόσος ἐπεκτείνεται πρὸς τὰ ἄνω, θὰ παρατηρηθοῦν ἀνάλογοι ἀλλοιώσεις τοῦ σιγμοειδοῦς, κατιόντος κλπ. Ἐχομεν οὕτω τὴν λεγομένην μικροκολίαν, ἣτις ὀφείλεται εἰς ἐκτεταμένην ἰνώδη ἐπεξεργασίαν, ἀκτινολογικῶς δὲ τὸ λεγόμενον ἀλλαντοειδὲς ἔντερον.

γ) Παραμόρφωσις τῶν παρυφῶν τοῦ ἐντέρου : Κατὰ τὴν διαδρομὴν τῆς νόσου αἱ φλεγμονώδεις ἀλλοιώσεις τοῦ ὑποβλεννογονίου δημιουργοῦν ἀνωμάλους εἰκόνας τούτων, αἰτι-

νες όμως ποικίλλουν τόσον, ώστε να δυσχεραίνεται ή συστηματική αούτων περιγραφή.

Αί έκ τοῦ βλεννογόνου σημειούμεναι ἀλλοιώσεις εἶναι αἱ ἑξῆς :

— Δαντελλοειδῆς παρυφή κατὰ τὸ στάδιον τῆς πληρώσεως, ἑξαφάνισις τῶν ἐγκαρσίων πτυχῶν, διατήρησις τῶν ἐπιμήκων κατὰ τὴν φάσιν τῆς ἐκκενώσεως.

— Μαρμαροειδῆς ὄψις ἢ «ἐν εἴδει μωσαϊκοῦ» τοῦ βλεννογόνου,



Εἰκὼν 11. Αἰμορραγικὴ ὀρθοκολίτις ἐπεκτεινομένη εἰς ὀλόκληρον τὸ ἄριστερον κόλον καὶ ἐγκάρσιον. Ἐξαφάνισις τῶν ἐντομῶν καὶ ἐλάττωσις τοῦ εὔρου τοῦ ἀριστεροῦ κόλου (σχῆμα ἀλλαντοειδές). Ὁψις «ἐν εἴδει μωσαϊκοῦ» τοῦ ἐντερικοῦ βλεννογόνου (ἴδια περίπτωσις).

λόγῳ τῆς παρουσίας μεγάλης ποσότητος βλέννης καὶ ψευδομεμβρανῶν.

— Ἀνώμαλοι εἰκόνες ὀφειλόμεναι εἰς πολυποδῶδη ὑπερπλασίαν τοῦ βλεννογόνου.

Περίληπτικῶς: ἡ ἑξαφάνισις τῶν ἐντομῶν, τῶν ἐγκαρσίων πτυχῶν καὶ ἡ ἐλάττωσις τοῦ εὔρου προσδιορίζουν τὴν εἰς ὕψος ἐπέκτασιν τῆς νόσου. Αἱ ἀλλοιώσεις τῆς παρυφῆς καὶ ἡ

μαρμαροειδής ὄψις τοῦ βλεννογόνου προσδιορίζουν τὴν ἐπέκτασιν εἰς βάθος. Γενικῶς, ὅμως, παθογνωμονικὴ ἀκτινολογικὴ εἰκὼν, διὰ τῆς ὁποίας καὶ μόνον τίθεται ἡ διάγνωσις τῆς αἱμορραγικῆς ὀρθοκολίτιδος, νομίζομεν ὅτι δὲν ὑπάρχει.

Διαφορικὴ διάγνωσις. Εἶδομεν, ὅτι ἡ διάγνωσις θά



Εἰκὼν 12. Αἱμορραγικὴ ὀρθοκολίτις. Εἰλεοστομία. Ἀκτινογραφία ληφθεῖσα κατόπιν βαριούχου ὑποκλυσμοῦ διὰ τῆς παρά φύσιν ἕδρας. Ψευδοπολυποδῶδης ὄψις ὀλοκλήρου τοῦ ἐντερικοῦ βλεννογόνου (ἰδία περίπτωσις).

βασισθῆ κυρίως ἐπὶ τῆς ὀρθοσκοπήσεως. Πράγματι, οὐδεμία ἄλλη νόσος δίδει τοιαύτην χαρακτηριστικὴν εἰκόνα.

Ὡς ἐκ τούτου ἀποκλείονται αὐτομάτως αἱ μικροβιακαὶ δυσεντερίαι, ἡ ἀμοιβαδικὴ κολίτις κ.ο.κ., αἵτινες ἔχουν ἰδίαν ὀρθοσκοπικὴν εἰκόνα, ἣτις περιγράφεται εἰς τὰ οἰκέια κεφάλαια. Ἐπίσης θ' ἀποκλειώμεν τὴν νόσον τῶν Nicolas—Favre, τὰς τοξικὰς κολίτιδας

(ύδραργυρικός, άζωθαιμικός κλπ.). Θα άποκλείσωμεν ώσαύτως τήν φυματίωσιν τοῦ έντέρου, τήν αίμορραγικήν έκκολπωματίτιδα, τήν αίμορροϊδικήν πρωκτίτιδα, κολίτιδας όφειλομένης εις άβιταμινώσεις (πελλάγρα), ώς έπίσης και τήν πρωκτίτιδα εκείνην, ήτις δημιουργείται κατόπιν πενικιλινοθεραπείας.

Κ λ ι ν ι κ α ί μ ο ρ φ α ί . Έχομεν ήδη περιγράψει τάς δύο κυριώτερας, ήτοι τήν «όξειαν», ήτις δυνατόν νά καταλήξη ταχύτατα, άπό τής πρώτης προσβολής, και τήν «χρονίαν» μέ τάς έναλλασσομένης περιόδους ύφέσεως. Ός έκ τούτου θ' άσχοληθώμεν μέ ώρισμένες μορφάς, άναλόγως τής έντοπίσεως τής νόσου και τής ήλικίας τοῦ άρρώστου.

α) **Τ ο π ο γ ρ α φ ι κ α ί μ ο ρ φ α ί .** Θα διακρίνωμεν :

— Μορφάς καθ' ός προσβάλλεται όλόκληρον τό κόλον. Ένταθθα άνήκει κυρίως ή όξεια και ταχυτάτης έξελίξεως μορφή. Έπίσης κατόπιν πολυετοῦς έξελίξεως μία συνήθης έντετοπισμένη μορφή έπεκτείνεται πρός όλόκληρον τό κόλον, όποτε δέν υποχωρεί, ή δε γενική κατάστασις τοῦ άρρώστου έπιδεινοῦται και ή πρόγνωσις έπιβαρύνεται. Εις τάς περιπτώσεις αυτές μόνον ή χειρουργική επέμβασις πιθανόν νά έπιφέρη τήν ίασιν.

— Τάς έντετοπισμένες μορφάς. Είμαι αι πλέον συνήθεις. Οὔτως ή νόσος προσβάλλει κυρίως τό όρθόν ή μόνον όρθόν και σιγμοειδές ή και τό κατιόν μέχρι και τής σπληνικής καμπής. Αι μορφάι αυτές είναι πλέον εύνοϊκάι άπό άπόψεως προγνώσεως. Οι Άγγλοσάξωνες ίδίως συγγραφείς περιγράφουν μίαν *δ ε ξ ι ά ν έν τ ό π ι σ ι ν* τής νόσου, ήτοι προσβολήν μόνον τοῦ τυφλοῦ, τοῦ άνιόντος ή και μοίρας τοῦ έγκαρσίου, ένῶ τό ύπόλοιπον κόλον παραμένει υγιές. Αι δεξιαί αυτές μορφάι είναι έξαιρετικῶς σπάνιαι και δυσχερεστάτης διαγνώσεως, ήτις θα βασίζεται εις τήν κλινικήν εικόνα και τά άκτινολογικά εύρήματα, έφ' όσον, εις τάς περιπτώσεις αυτές, στερούμεθα τής πολυτίμου όρθοσκοπήσεως. Ός έκ τούτου διστάζει τις νά θέση τήν διάγνωσιν τής αίμορραγικής κολίτιδος, διερωτώμενος εάν και κατά πόσον ύπάρχη έν τῇ πραγματικότητι ή δεξιά αὔτη μορφή, ήτις, κατά τινας Άμερικανούς συγγραφείς, δύναται νά έπεκταθῇ και πρός τήν τελικήν μοίραν τοῦ είλεοῦ. Σημειωτέον, ότι έχει δημοσιευθῇ περίπτωσις προσβολής και αὔτης τής νήστεως.

β) **Π α ι δ ι κ α ί μ ο ρ φ α ί :** Εις παιδία κάτω τῶν 16 έτών ή νόσος είναι συνήθως βαρείας μορφής. Έπί 871 περιπτώσεων αίμορραγικής όρθοκολίτιδος, ό Bargen άνευρίσκει 95 περιπτώσεις (11%)

εις παιδία κάτω των 16 ἐτῶν, ἐκ τῶν ὁποίων τὰ 12 δὲν εἶχον ὑπερβῆ τὸ δὸν ἔτος τῆς ἡλικίας των. Ἡ εἰσβολὴ τῆς νόσου εἶναι πάντοτε αἰφνιδιαία, μὲ βαρεῖαν ἐξέλιξιν καὶ θνησιμότητα εἰς ποσοστὸν 93%. Λόγῳ τῶν βλεννοαιμορραγικῶν κενώσεων θὰ πρέπει ν' ἀποκλείσωμεν εἰς τοὺς μικροὺς αὐτοὺς ἀρρώστους τὴν Μεκκέλειον ἀπόφυσιν, μίαν αἱμορραγικὴν διάθεσιν καὶ εἰς περιπτώσιν διαπιστώσεως πολυπόδων νὰ διακρίνωμεν, ἐάν οὗτοι εἶναι οἱ λόγῳ τῆς φλεγμονῆς σχηματιζόμενοι ψευδοπολύποδες ἢ ἐάν εὗρισκώμεθα πρὸ τῆς διαχύτου κληρονομικῆς καὶ οἰκογενειακῆς πολυποδιάσεως, μὲ τὴν βαρεῖαν πρόγνωσιν, ἰδίως ὅσον ἀφορᾷ τὴν κακοήθη ἐξαλλαγήν. Ἐκδηλουμένη κατὰ τὴν ἡλικίαν ταύτην, ἡ νόσος ἐπηρεάζει τὴν ἀνάπτυξιν, προκαλεῖ ἀκόμη καὶ παιδισμόν ἢ ἀλλοιώσεις τῶν ὀστέων, ὅπως διάχυτον ὀστεοπώρωσιν.

Ἐπιπλοκαί. Αὗται εἶναι πολλαπλαῖ καὶ ἐνίοτε βαρείας μορφῆς. Δυνάμεθα νὰ τὰς διακρίνωμεν εἰς ἐντερικὰς καὶ ἐξωεντερικὰς ἢ ἐπιπλοκάς ἐκ τῶν ἄλλων συστημάτων.

1. **Ἐπιπλοκαί ἐντερικαί:** α) **Αἱμορραγίαι.** Μεγάλαι ἐντερορραγίαι, σπάνιαι μὲν, ἀλλὰ λίαν σοβαρᾶς προγνώσεως.

β) **Ψευδοπολυποδίσεις:** Ἡ πλέον συχνὴ ἐπιπλοκή. Ἐπὶ 1216 περιπτώσεων αἱμορραγικῆς κολίτιδος ὁ Monaghan τοὺς ἀνευρίσκει εἰς ἀναλογίαν 34%. Ἄλλοι συγγραφεῖς εἰς ἀναλογίαν 10—15%. Οἱ ψευδοπολύποδες παρατηροῦνται κυρίως εἰς τὸ ὄρθον, διαγιγνώσκονται δὲ ἀσφαλῶς μόνον χάρις εἰς τὴν ὀρθοσκόπησιν.

Οὗτοι ὀφείλονται εἰς τὴν ὑπὸ τῆς νόσου προκληθεῖσαν φλεγμονώδη ὑπερπλασίαν καὶ ὡς ἐκ τούτου διαφέρουν ριζικῶς τῶν γνησίων πολυπόδων, δηλαδὴ τῶν ἀδενωμάτων. Τοῦτο ἐνέχει ἰδιαιτέραν σημασίαν ὅσον ἀφορᾷ τὰς σχέσεις αἱμορραγικῆς ὀρθοκολίτιδος καὶ πολυποδιάσεως, ἐφ' ὅσον ὁ κίνδυνος τῆς κακοήθους ἐξαλλαγῆς εἶναι κατὰ πολὺ μεγαλύτερος εἰς τὰ γνήσια ἀδενώματα παρά εἰς τοὺς ψευδοπολύποδας τούτους. Καὶ ἐάν οἱ Ἀμερικανοὶ ἀναφέρουν ποσοστὸν ἐξαλλαγῆς τῶν ψευδοπολυπόδων 2,5%, ὁ Rochet μετὰ τῶν συνεργατῶν του ἐπὶ 450 περιπτώσεων αἱμορρ. κολίτιδος μόνον μίαν τοιαύτην ἐξαλλαγήν συνήντησαν. Ἡμεῖς οὐδέποτε διεπιστώσαμεν, παρά τὰς ἐπανειλημμένας βιοψίας, τοιαύτην ἐξαλλαγήν. Τούναντίον διεπιστώσαμεν εἰς τινὰς ἀρρώστους τὴν ἐξαφάνισιν τούτων κατὰ τὰς μακρᾶς διαρκείας περιόδους ὑφέσεων.

Ὡς ἐκ τούτου διερωτᾶται τις μήπως αἱ ἀναφερόμεναι ἐξαλλα

γαί άφοροϋν γνησίους πολύποδας, οΐτινες συνυπήρχον με την νόσον.

γ) Στενώσεις: Η στένωσησ τοϋ όρθοϋ - σιγμοειδοϋσ δέν είναι καί τόσον σπανία. "Άμα τή διαπιστώσει της δέον, φυσικά, ν' άποκλεισθή ή προκαλουμένη από την νόσον Nicolas - Favre, ήτις όμως σήμερον σπανίζει. Η στένωσις έξ αιμορραγικής όρθοκολίτιδοσ δέν προσλαμβάνει τό σχήμα χοάνησ, δέν έντοπίζεται μόνον είσ την κατωτέραμ μοίραν τοϋ όρθοϋ, όπως έν περιπτώσει νόσου Nicolas - Favre, οϋτε καί συνοδεύεται από ύπερπλαστικήν όρθίτιδα. Η λόγω της κολίτιδοσ στένωσις είναι μάλλον έκτεταμένη, σωληνοειδήσ, με άνώμαλον καί οϋχι εύθειαν διαδρομήν, καί με τοιχώματα πεπαχυσμένα καί άκαμπτα. Έάν ή όρθοσκόπησις είναι κατορθωτή, θά λύση τό πρόβλημα. Έν έναντία περιπτώσει ή αντίδρασις κατά Frey θά προσφέρη σημαντικήν βοήθεια ν. Έπίσης θά πρέπη ν' άποκλείσωμεν την σπανίαν μορφήν στενώσεωσ έξ άμοιβαδικήσ κολίτιδοσ.

Ένίοτε ή στένωσις δέν περιορίζεται μόνον είσ τό όρθόν, αλλά δυνατόν νά έκτεταθή μέχρι καί τοϋ έγκαρσοϋ. Έχομεν περίπτωσιν μιās άρρώστου ήτις, από 5ετίας ήδη, παρουσιάζει τοιαύτην έκτεταμένην στένωσιν με εύροσ έντέρου διαμέτρου μολυβδοκονδύλου, καί μολαταϋτα παραμένει άνευ κλινικών ένοχλημάτων.

Η συχνότης τών στενώσεων αναλόγωσ τών συγγραφέων καί χωρών ποικίλλει από 2,5 - 11%. Πιθανόν ή μόνιμοσ στένωσις ν' άποτελή μίαν μορφήν Ιάσεωσ της νόσου.

δ) Διατρήσεις: Παρατηροϋνται κυρίωσ είσ τās όξειασ μορφάσ καί είσ τās στενώσεισ. Σπανίωσ ή διάτρησις λαμβάνει χώραν είσ την έλευθέραν περιτοναϊκήν κοιλότητα. Αί κλινικαί έκδηλώσεισ τών διατρήσεων τούτων είναι άβληχραί καί συγχεόνται με τά συμπτώματα της νόσου. Η πρόγνώσις τών είναι βαρεία, άκόμη καί επί έγκαίρου έπεμβάσεωσ. Συνήθωσ λαμβάνουν χώραν έντόσ τοϋ περιορθικοϋ Ιστοϋ, δημιουργοϋσαι άποστήματα άτινα συριγγοποιοϋνται έντόσ τοϋ πρωκτοϋ, της κύστεωσ, τοϋ κόλπου, συνηθέστερον δέ καταλήγουν είσ τό δέρμα, δημιουργοϋντα συρίγγια τοϋ περι νέου, άτινα χρονίζουν. Η διάτρησις τοϋ κόλου είναι σπανιωτέρα. Λίαν συχναί είναι αί έξαιρετικώσ "έπόδουνοι αίμορροϊδικαί κρίσεισ, αίτινες συνοδεύουν την νόσον.

ε) Ανάπτυξις καρκίνου: Αί στατιστικαί τών διαφόρων χωρών διαφέρουν όσον άφορᾷ την συχνότητα αναπτύξεωσ καρκίνου επί αιμορραγικής όρθοκολίτιδοσ. Κατά τοϋσ Άμερικανούσ, αύτη κυμαίνεται από 2½—3% περίπου. Διά τόν Γάλλον Rachei δέν

υπερβαίνει τό 0,5%. 'Ημείς, επί 100 περίπου περιπτώσεων, ούδεμίαν τοιαύτην κακοήθη έξαλλαγήν παρητήρησαμεν.

Δεδομένου ότι, κατά τόν Bargen, ή έξαλλαγή αύτη εΐναι διπλάσια εΐς συχνότητα εΐς παιδιά άπό ό,τι εΐναι εΐς τόν ένήλικα, θά πρέπη νά σκεφθῆ τις τήν πιθανήν σύγχυσιν τῆς αίμορραγικῆς κολίτιδος μετά τῆς κληρονομικῆς καί οίκογενοῦς πολυποδιάσεως.

2 — 'Επιπλοκαί έξωεντερικαί. Αὗται ἐρμηνεύουν, ὡς ἐπί τό πλεΐστον, τήν δυνατότητα μιᾶς σηψαιμικῆς ἢ πυαιμικῆς καταστάσεως.

α) 'Επιπλοκαί ἐκ τῶν ἀρθρώσεων: Πρόκειται περί ἀρθραλγιῶν ἢ ἀρθριτίδων, αἵτινες συνυπάρχουν μετά τῆς αίμορραγικῆς κολίτιδος, ἐπανεμφανιζόμεναι εΐς ἐκάστην ὑποτροπήν. Τό ότι ἔχουν σχέσηιν μέ τήν νόσον ἀποδεικνύεται ἐκ τῆς συχνότητος (4% περίπου), ἐκ τοῦ ὑποτροπιάζοντος χαρακτήρος τῶν καί ἐκ τῆς μή ἐπανεμφανίσεως τῶν κατόπιν κολεκτομῆς. Συνήθως πρόκειται περί φλεγμονωδῶν ἀρθριτίδων, εἴτε μονοαρθριτίδος εἴτε πολυαρθριτίδος, σπανιώτατα χρονίας ἐξελικτικῆς πολυαρθριτίδος. "Άλλοτε ἔχομεν ὕδραρθρον, ὅστις ὁμως οὐδέποτε διαπυεΐται, ὡς ἐπίσης καί ὡς ἐπί τό πλεΐστον ἀπλᾶς ἀρθραλγίας, ἄνευ οὐδεμιᾶς προσβολῆς τῶν ὀστέων. "Έχουν ἀναφερθῆ ἐπίσης σπάνια περιπτώσεις ὑπερτροφικῆς ὀστεοαρθροπαθείας τύπου Pierre Marie. 'Άλλά καί ὀστεοπωρώσεις παρητήρηθησαν εΐς ἀρρώστους καχεκτικούς, λόγω τῆς βαρύτητος τῆς νόσου. Κατά τοῦς Rachei καί Bussan πρόκειται περί ἐπιπλοκῶν ὀφειλομένων εΐς τοξικάς ἀπορροφήσεις ἐκ τοῦ ἐντέρου ἢ εΐς δευτεροπαθεῖς ἀλλοιώσεις τοῦ χυμοῦ. Καί ἐνῶ ἡ κορτιζόνη καί τό ACTH σπανίως δροῦν εὐνοϊκῶς ἐπί τῆς κολίτιδος, ἐπί τῶν ἀρθραλγιῶν τούτων ἔχουν ἀξιόλογον ἐπίδρασιν. Τέλος σημειώνομεν, ὅτι αἱ ἐκ τῶν ἀρθρώσεων τοιαῦται ἐπιπλοκαί εΐναι πολὺ πλέον συχναί εΐς τὰς βακτηριδικὰς δυσεντερίας.

β) 'Επιπλοκαί δερματικά καί ἐκ τῶν βλεννογόνων. Πρόκειται συνήθως περί πυοδερμιτίδων, ἐξεγκώσεων τοῦ δέρματος, ἰδίως περί τόν πρωκτόν, ἐκτεταμένων δερματικῶν γαγγραιῶν, κνιδώσεως, γνησίου ὀζώδους ἐρυθήματος καί στοματιτίδων, βαρυτάτης ἐνίοτε μορφῆς.

Παρατηροῦνται ἐπίσης ἐπιπλοκαί ἀφορώσαι οἰονδήποτε ὄργανον, ὅπως πνευμονικά ἐμβολαί, μυοκαρδίτιδες, ἐνδοκαρδίτιδες, πνευμονίαι, ὀξεΐαι νεφρίτιδες, ψυχώσεις, ὑποπρωτεΐναιμίαι, ὑπόχρωμοι ἀναιμίαι, ἀβιταμινώσεις ἀφορώσαι κυρίως τήν βιταμίνην C. 'Επίσης ἔχουν παρατηρηθῆ φλεβικά θρομβώσεις, ἀρτηριακά ἐμβο-

λαί, όξειται πορφύραι, περιφερικαί νευρίτιδες, έρπης τών χειλέων, έπιπλοκαί έκ τών όφθαλμών καί τοῦ άμφιβληστροειδοῦς.

γ) **Ήπατοσπληνικαί έπιπλοκαί**: Παρατηρεΐται συνήθως μία λιπώδης έκφύλις τοῦ ήπατος καταλήγουσα εις όξειαν ή υποξειαν κιτρινην άτροφίαν. Άποδίδεται συνήθως εις μεταφοράν διά τής πυλαίας βακτηριδίων ή τοξινών, εις γενικήν τοξιναιμίαν, εις έλλειψιν βιταμινών, πρωτεΐνών κλπ. "Έχει έπίσης σημειωθή ή άνάπτυξις κιρρώσεως, άλλοτε συνήθους, άλλοτε κακοήθους, τύπου Mossé - Marchand - Mallory. Έξ οὔ καί ή άμεσος άνάγκη ένισχύσεως τοῦ ήπατος εις όλας τάς περιπτώσεις αιμορραγικής κολίτιδος. Συνήθης εΐναι, έξ άλλου, ή διαπίστωσις θετικών ήπατικών δοκιμασιών, όποτε έπιβαρύνεται καί ή πρόγνωσις. "Άλλοτε πάλιν τό πλεον συχόν εύρημα εΐναι ή μεγαλοσπληνία. Σπάνια τέλος εΐναι αί έκ τοῦ παγκρέατος έπιπλοκαί, δυνάμεναι όμως νά φθάσουν μέχρι τής όξειας αιμορραγικής παγκρεατίτιδος.

Πρόγνωσις: Αὔτη έξαρτάται έκ τής ήλικίας τοῦ άρρώστου καί έκ τής κλινικής μορφής. Καί όσον άφορᾷ μὲν τήν ήλικίαν ύπενθυμιζομεν, ότι εις τά παιδία ή έξέλιξις εΐναι ένίστε έξαιρετικώς βαρεΐτα, συνηθεστέρα δέ καί ή κακοήθης έξαλλαγή.

Άλλά καί ή πρόγνωσις τής όξειας μορφής εΐναι έξαιρετικώς βαρεΐτα, έκτός έάν μεταπέση εις τήν χρονίαν, όποτε θ' άκολουθήση τήν έξέλιξιν ταύτης.

Ή πρόγνωσις τών χρονίων μορφών έξαρτάται από ώρισμένους παράγοντας, οΐτινες καί θά μάς χρησιμεύσουν ως κριτήρια. Ταῦτα θά διακρίνωμεν εις κλινικὰ καί έργαστηριακά, έκ τών όποίων άλλα μὲν έρμηνεύουν έπιβαρύνσιν τής καταστάσεως, άλλα δέ ύποδεικνύουν τήν δέουσαν θεραπευτικήν άγωγήν, ιδίως τήν χειρουργικήν τοιαύτην.

α) **Κλινικὰ κριτήρια**. Ή έπιβαρύνσις έρμηνεύεται από ώρισμένα σημεία επί τών όποίων καί θά βασισθώμεν διά τήν πρόγνωσιν. Ταῦτα εΐναι:

— Ή έμφάνισις λίαν ύψηλοῦ πυρετοῦ εις μέχρι τοῦδε άπυρέτους άρρώστους.

— Ή προσβολή τής γενικής καταστάσεως με άδυναμίαν, άνορεξίαν, ταχείαν άπίσχανσιν, έντόνους πόνους, ταχυκαρδίαν, έκσεσημασμένην άναιμίαν.

— Ή έπιμήκυνσις τής περιόδου τών ένοχλημάτων, με άνάλογον σμίκρυνσιν τών περιόδων ύφέσεως.

— Ή αύξησις τοῦ άριθμοῦ τών κενώσεων, αΐτινες λόγω τής

μεγάλης ποσότητος αίματος επιφέρουν μεγάλην άφυδάτωσιν και άναιμίαν, αλλά και ψυχικώς έπηρεάζουν τόν άρρωστον.

— Η όρθοσκοπική διαπίστωσις έπεκτάσεως της νόσου εις ύψος, αλλά και εις βάθος. Αι εις τό όρθόν-σιγμοειδές έντετοπισμέναι μορφαί είναι αι πλέον καλοήθεις, πολύ δε βαρυτέρας προγνώσεως αι έπεκτεινόμεναι και προς τάς άλλας μοίρας τοϋ κόλου, ιδίως όταν προσβάλλεται και τό δεξιόν τοιοϋτον. Τά όρια της καλής προγνώσεως τοποθετοϋνται, όσον άφορᾷ τήν έκτασιν, μέχρι και της σπληνικής καμπής.

β) Έργαστηριακά κριτήρια.

— Αδξησις της καθιζήσεως των έρυθρών αιμοσφαιρίων.

— Έκτροπή προς τά άριστερά τοϋ τύπου Arnett.

— Έκσεσημασμένη ύπόχρωμος άναιμία.

— Λευκοκυττάρωσις μετά τοξικών άλλοιώσεων των λευκών αιμοσφαιρίων (πυκνωτικός πυρήν, κοκκιώδες και με κενοτόπια πρωτόπλασμα).

— Άναστροφή της σχέσεως όρίνης - σφαιρίνης, λόγω μεγάλης πτώσεως των όρινων, ήτις όφείλεται εις τήν έπερχομένην ήπατικήν άνεπάρκειαν, σημείον έπιβαρύνσεως της νόσου. Η άνεπάρκεια αύτη όφείλεται περισσότερο εις λιπώδη διήθησιν παρά έκφύλισιν, δεδομένου ότι οι άρρωστοι οϋτοι δέν άποθνήσκουν με φαινόμενα βαρέος ίκτέρου, οϋτε και έμφανίζουν φαινόμενα άμυλοειδοϋς έκφυλίσεως.

Βεβαίως, ή πρόγνωσις έξαρτάται και έξ άλλων παραγόντων όπως είναι λόγου χάριν αι γενικαι και τοπικαι έπιπλοκαι, ως άνεφέραμεν προηγουμένως.

Έκ διαφόρων διεθνών στατιστικών προκόπτει, ότι ή θνησιμότης κυμαίνεται από 10—20% περίπου, των δε ύποβαλλομένων εις έγχειρησιν αύτη φθάνει τό 30%. Δέον όμως νά σημειωθῆ, ότι αι στατιστικαι αύται άφοροϋν περιπτώσεις νοσηλευόμενας εις τά νοσοκομεία, έπομένως πρόκειται, ως επί τό πλείστον, περί προκεχωρημένων περιπτώσεων.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η φύσις της νόσου έχει προκαλέσει πολλές συζητήσεις, αιτινες άφοροϋν όχι μόνον τό πιθανόν παθογόνον αίτιον, αλλά θέτουν και τό έρώτημα εάν και κατά πόσον πρόκειται περί άνατομοκλινικής όντότητος ή τουναντίον περί συνδρόμου περιλαμβάνοντος διάφορα νοσήματα, όφειλόμενα εις διάφορα αίτια. Πράγματι, ένῶ οι Racht,

Busson κλπ. υποστηρίζουν, ότι πρόκειται περί ειδικής νόσου, με ίδιαν παθολογοανατομικήν εικόνα, ὃ Hillebrand υποστηρίζει, ὅτι αἱ διάφοροι κλινικαὶ μορφαὶ (ὀξείαι, ἐμπύρετοι, χρόνιαι) συνηγοροῦν ὑπὲρ τῆς ἀπόψεως, ὅτι πρόκειται περί διαφόρων νόσων, αἵτινες ὁμῶς ἔχουν τὸ κοινὸν χαρακτηριστικὸν τῆς αὐτῆς μακροσκοπικῆς εἰκόνας τοῦ βλεννογόνου. "Ὅσον ἀφορᾷ τοὺς ἀνατομικοὺς χαρακτήρας, δὲν νομίζει ὅτι ἀρκοῦν διὰ τὴν ἐπιβεβαίωσιν τῆς νόσου.

Πλεῖσται ὄσαι θεωρίαι ἔχουν προταθῆ, ἀφορῶσαι τὴν παθογένειαν τῆς νόσου.

1. Μικροβιακὴ θεωρία. Λόγω τοῦ πυρετοῦ, τοῦ πύου, τῆς βλαρείας ἐνίοτε σηψαιμικῆς καταστάσεως, ἡ προσοχὴ εὐθὺς ἐξ ἀρχῆς ἐστράφη πρὸς τὸν πιθανὸν μικροβιακὸν παράγοντα.

Καὶ κατὰ πρῶτον λόγον ἠρευνήθησαν αἱ πιθαναὶ σχέσεις τῆς νόσου ταύτης μετὰ τῶν ἄλλων δυσεντεριῶν, λόγῳ τοῦ κοινοῦ δυσεντερικοῦ συνδρόμου. Ὁ Ἄγγλος Hirst ὑπεστήριξεν, ὅτι ἡ αἱμορραγικὴ ὀρθοκολίτις εἶναι μία εἰδική, οὐχὶ λοιμώδης μορφή, τῆς βακτηριδικῆς δυσεντερίας. Εἰς τοῦτο ἄγεται ἐκ τοῦ γεγονότος, ὅτι ἀμφότεραι αἱ νόσοι ἐμφανίζονται σποραδικῶς, ὅτι κατὰ τὸ χρόνιον στάδιον τῶν δὲν εἶναι μεταδοτικαὶ καὶ ὅτι ὑπόκεινται ἐνίοτε εἰς τὴν εὐνοϊκὴν ἐπίδρασιν τῆς αὐτῆς θεραπευτικῆς ἀγωγῆς. Μολασταῦτα αἱ πολλαπλαῖ ἐξετάσεις κοπράνων εἰς τὰς αἱμορραγικάς κολλιτίδας σπανίως ἀποκαλύπτουν τὴν ὑπαρξίν βακτηριδίων τύπου Flexner, Schiga κ.λ.π., αἱ δὲ αἱματοκαλλιέργειαι καὶ δερμοαντιδράσεις παραμένου ἀρνητικάι. Ὁ Felsen, ἐξ ἄλλου, ἀναφέρει ὅτι παρατήρησεν εἰς 25 περιπτώσεις τὴν ἀνάπτυξιν αἱμορραγικῆς κολλιτίδος μετὰ ὀξείαν βακτηριδικὴν δυσεντερίαν. Σημειώτέον ὁμῶς, ὅτι εἰς τὰς ὀξείας αὐτὰς περιπτώσεις μόνον εἰς τὰς πέντε ἀνευρέθησαν εἰς τὰ κόπρανα τὰ εἰδικὰ βακτηρίδια. Ἐναντίον τῆς ἀπόψεως ταύτης, δηλαδὴ τῶν σχέσεων μεταξὺ αἱμορραγικῆς καὶ βακτηριδικῆς κολλιτίδος, προβάλλεται τὸ ἐπιχείρημα ὅτι, ἐνῶ κατὰ τὸ ὀξὺ στάδιον ἡ βακτηριδικὴ δυσεντερία εἶναι μεταδόσιμος, ἡ αἱμορραγικὴ δὲν εἶναι. Ἡ σπανία ἀνεύρεσις τῶν εἰδικῶν βακτηριδίων δὲν καθιστᾷ πιστευτὴν τὴν οἰανδήποτε αἰτιολογικὴν σχέσιν. Ἐξ ἄλλου ἡ ὀρθοσκοπικὴ εἰκὼν διαφέρει πλήρως ἀπὸ τῆς μίᾶς νόσου εἰς τὴν ἄλλην.

"Ἐτέρος ὑποστηριχθεὶς αἰτιολογικὸς παράγων εἶναι ἡ ἰστολυτικὴ ἀμοιβᾶς, λόγῳ ἰδίως τῆς εὐνοϊκῆς, ἐνίοτε, ἐπιδράσεως τῆς ἐμετίνης εἰς τινὰς περιπτώσεις αἱμορραγικῆς κολλιτίδος. Ἀλλὰ καὶ ἡ διαπίστωσις τοῦ παραοίτου τούτου, ὅπως καὶ ἄλλων τινῶν ἄτινα ἀνευρέθησαν (λάμβλια, τριχοοίτου μονάδες κ.λ.π.), δὲν σημαίνει ὅτι εἶναι ταῦτα καὶ οἱ ὑπεύθυνοι παράγοντες τῆς νόσου. Πολλοί, ἐξ ἄλλου, συγγραφεῖς ἀπαιτοῦν, ἐκτὸς τῶν ἄλλων στοιχείων διὰ τὴν διάγνωσιν τῆς αἱμορραγικῆς κολλιτίδος, καὶ τὴν ἀπουσίαν, τῶν παρασίτων τούτων εἰς ἐπανελημμένας ἐξετάσεις κοπράνων.

Ἡ προσοχὴ ὁμῶς τῶν περισσοτέρων ἐρευνητῶν ἐστράφη πρὸς τὴν ἀνακάλυψιν εἰδικοῦ τινος μικροβίου. Αἱ προσπάθειαι τῶν αὐτῶν ἐστέφησαν ὑπὸ ἐπιτυχίας, ἐφ' ὅσον κάθε ἐρευνητῆς ἀνεῦρε καὶ τὸ ἰδικόν του μικρό-

βιον. Καί μόνον τὸ γεγονός αὐτὸ ὑπογραμμίζει τὴν ἀξίαν ἣν δέον ν' ἀποδώσωμεν εἰς ταῦτα ὡς μόνου αἰτιολογικοῦ παράγοντος.

Τῷ 1924, ὁ Ἀμερικανὸς Βαγχερ περιέγραψεν ἕνα «διπλοστρεπτόκοκκον», τὸν ὁποῖον ἀνεῦρε καὶ ἀπεμόνωσεν εἰς τὰ 4/5 τῶν περιπτώσεων του. Καλλιέργειαι τούτου χορηγηθεῖσαι εἰς ζῶα διὰ τῆς ἐνδοφλεβίου ὁδοῦ, προκάλεσαν εἰς ταῦτα ἐλκώδεις ἀλλοιώσεις τοῦ παχέος ἐντέρου. Παρεσκεύασεν ἐπίσης ἐμβόλιον ὡς καὶ εἰδικὸν θεραπευτικὸν ὄρον. Ἄλλοι ὅμως ἐρευνῆται οὐδέποτε κατάρθωσαν ν' ἀπομονώσωσιν τὸν διπλοστρεπτόκοκκον τοῦτον, ἐνῶ ἄλλοι τὸν χαρακτηρίζουν ὡς κοινὸν σαπρόφυτον τοῦ ἐντέρου. Βιολογικῶς οὗτος δὲν παρουσιάζει διαφορὰς ἀπὸ οἰονδήποτε ἄλλον στρεπτόκοκκον ἀπαντῶντα ἐντὸς τοῦ ἐντέρου. Τὸ μόνον ἐνδιαφέρον σημείον εἶναι ὅτι, εἰς τινὰς βαρεῖας περιπτώσεις αἱμορραγικῆς κολίτιδος, ὡς μόνον μικρόβιον ἀνευρίσκεται ὁ στρεπτόκοκκος. Ἀνάλογον στρεπτόκοκκον περιέγραψαν καὶ οἱ Γάλλοι Buttiaux καὶ Senis.

Ὁ Ραυίσιον προεκάλεσε πειραματικῶς ἀλλοιώσεις τοῦ παχέος ἐντέρου μὲ τὸν κολοβάκιλλον, ὁ δὲ Βασσιερ μὲ αἱμολυτικὸν τοιοῦτον ὑψηλῆς τοξικότητος. Εἰς τὸ τελευταῖον τοῦτο μικρόβιον ὁ Βασσιερ, ἀπὸ τοῦ 1913, ἀποδίδει ἰδιαίτεράν σημασίαν. Ἀνευρισκόμενον εἰς τὴν αἱμορραγικὴν κολίτιδα, παρουσιάζει ἴδιους αἱμολυτικοὺς χαρακτήρας ἐν σχέσει μὲ τοὺς ἄλλους κολοβάκιλλους τοὺς ἀνευρισκόμενους εἰς τὸ ἔντερον φυσιολογικῶν ἀτόμων ἢ πασχόντων ἐξ ἄλλης παθολογικῆς καταστάσεως. Ὅταν ὁ αἱμολυτικὸς αὐτὸς κολοβάκιλλος συνυπάρχῃ μὲ ἄλλους μικροοργανισμοὺς, ἰδίως ἀναεροβίους, εἶναι σημαντικὸς αἰτιολογικὸς παράγων διαφόρων καταστάσεων. Ὡς γνωστὸν ὑπάρχουν πολλαὶ βιολογικαὶ φυλαί, αἰτίνες ἀντιπροσωπεύουν μίαν οἰκογένειαν περιλαμβάνουσαν τὸν ἀθῶον κολοβάκιλλον μέχρι καὶ τοῦ λίαν παθογόνου τοῦ τυφοειδοῦς καὶ τοῦ τῆς δυσεντερίας. Οὕτως οἱ διάφοροι ἐντερικοὶ μικροοργανισμοὶ μεταπίπτουν ἀπὸ τῆς μῆς φυλῆς εἰς τὴν ἄλλην, μὲ ἀνάλογον τοξικότητα, ἥτις ἐξαρτᾶται ἀπὸ τὴν ἐπίδρασιν τὴν ὁποῖαν ὑφίστανται ἐκ τῆς μικροβιακῆς συμβιώσεως καὶ τοῦ σχηματισμοῦ τοῦ ἐντέρου. Προπαρασκευάζουν οὕτω τὸ ἔντερον, ὅπου λόγῳ δευτεροπαθοῦς λοιμώξεως ὑφίσταται λύσιν τῶν ἰσθῶν. Εἰς τὰς μικτὰς λοιμώξεις οἱ μικροοργανισμοὶ οὗτοι δροῦν «λυτικῶς», λόγῳ δὲ τῶν συνεχῶν ἀναμολύνσεων τοῦ βλεννογόνου ἐκ τῶν ἐντὸς ἢ περὶ τὸ ἔντερον λεμφατικῶν, δημιουργεῖται φαῦλος κύκλος. Ἡ εἰδικὴ αὕτη ἐκλεκτικότης τῶν λεμφατικῶν—τὰ μονήρη γάγγλια τοῦ βλεννογόνου, τὰ ἐξωεντερικὰ καὶ τὰ τοῦ μεσεντερίου—θεωρεῖται ὡς τὸ αἴτιον τῶν ὑποτροπῶν καὶ ἡ δὸς τὴν ὁποῖαν ἀκολουθεῖ μία λοιμώξις. Εἰς, ἐπομένως, αἱμολυτικὸς κολοβάκιλλος, ἐν συνδυασμῷ μεθ' ἑνὸς οἰονδήποτε παθογόνου στρεπτοκόκκου, προκαλεῖ μικτὴν καὶ λίαν ἐκσεσημασμένην μόλυνσιν.

Τῷ 1941 ὁ Dragstedt μετὰ τῶν συνεργατῶν του διεπίστωσεν ἐπὶ 286 περιπτώσεων αἱμορραγικῆς κολίτιδος, τὴν ὑπαρξιν εἰς ἀναλογίαν 70% ἐνός ἀσπόρου ἀναεροβίου, Gram ἀρνητικοῦ, τὸ *Bacterium necrophorum*. Αἱ γενόμεναι ὁμῶς ἀπόπειραι προκλήσεως τῆς νόσου εἰς τὰ ζῶα διὰ τοῦ μικροβίου τούτου ἠστόχησαν. Ἀπεμονώθη ἐξ ἄλλου ὑπ' αὐτοῦ τούτου τοῦ Dragstedt καὶ εἰς ἄλλα νοσήματα, ὅπως ὁ καρκίνος τοῦ ὀρθοῦ, ἡ νόσος Nicolas-Favre, στενώσεις τοῦ σιγμοειδοῦς. Ὁ ρόλος τοῦ μικροβίου τούτου δὲν εἶναι μόλις ταῦτα ἀμελητέος, πρόκειται ὁμῶς ἀναμφισβητήτως περὶ ἐπιμολύνσεως.

Υπό τῶν Gallart · Mones καὶ Sanjuan ἀπεμονώθη, ὡσαύτως, εἰς διηθη-
θητὸς ἰός. Οὗτοι ἐνεβολίασαν εἰς τὸν κύνα καὶ τὸν κόνικλον διηθημένα
κόπρανα ἀρρώστου διατρέχοντος τὴν δξείαν φάσιν τῆς αἱμορραγικῆς κολί-
τιδος. Ἐπέτυχον οὕτω σημαντικὰς ἀλλοιώσεις συνισταμένας εἰς ὑποβλε-
νογόνους αἱμορραγίας κατ' ἀραιὰς ζώνας. Τὰ μὴ μόνιμα ὅμως ἀποτελέ-
σματα καὶ κυρίως τὸ γεγονός ὅτι αἱ ἀλλοιώσεις αὗται καταλαμβάνουν
ὀλόκληρον τὸν πεπτικὸν σωλῆνα, δὲν συνηγοροῦν ὑπὲρ τῆς ἀπόψεως ὅτι
οὗτος εἶναι ὁ μόνος αἰτιολογικὸς παράγων.

Γενικῶς δυνάμεθα νὰ εἴπωμεν, ὅτι τὰ περισσότερα ἐκ τῶν
ἀναφερθέντων μικροβίων εἶναι εἴτε κοινὰ σαπρόφυτα ἄνευ εἰδικοῦ
παθογόνου ρόλου εἴτε κοινὰ μικρόβια, τὰ ὁποῖα ἀπέκτησαν σαφῆ
παθογόνον ρόλον κατὰ ἄγνωστον μηχανισμόν.

Μερικὰ τῶν μικροβίων τούτων ἔχουν πιθανώτατα παθογόνον
ἐπίδρασιν. Οὕτω μία αἱμορραγικὴ ῥθροκολίτις δυνατόν νὰ ἐξελί-
σεται, διότι διάφοροι μικροοργανισμοὶ εὐαίσθητοποίησαν τὸ ἔντε-
ρον. Ἐδημιουργήθη τοιοῦτοτρόπως μία γνησία βακτηριδικὴ ἀλλερ-
γία, ὅποτε ἡ εἰδικὴ ἐπίδρασις τοῦ μικροβίου παύει νὰ παίζει οἰονδή-
ποτε ρόλον. Τὸ τοίχωμα τοῦ ἐντέρου ἔχει εὐαίσθητοποιηθῆ ἀπὸ τὰς
τοξίνας των, τὰς ἐκκρίσεις των, ἀπὸ μίαν ξένην πρωτεΐνην. Τὸ
αὐτὸ δύναται νὰ λεχθῆ ὅχι μόνον διὰ τὰ ἐντερικὰ μικρόβια, ἀλλὰ
καὶ δι' ἐκεῖνα τὰ ὁποῖα ἔχουν προσβάλει ἄλλα ὄργανα (ἀμυγδα-
λάς, ὀδόντας κ.λ.π.) καὶ ἡ ἀφαίρεσις τῶν ὁποίων, εἰς τινὰς περι-
πτώσεις, ἐπέφερε τὴν ἴασιν. Τὰ μικρόβια ὅμως, γενικῶς, ἐπιμολύ-
νουν μίαν αἱμορραγικὴν κολίτιδα, τὴν ὁποῖαν δὲν ἔχουν προκα-
λέσει. Δευτεροπαθῶς προκαλοῦνται ἀλλοιώσεις, καταστροφὴ τοῦ
ἐπιθηλίου, καὶ διείσδυσις τούτων ἐντὸς τοῦ ἐντερικοῦ τοιχώματος.
Ἡ δευτεροπαθῆς αὕτη μόλυνσις δημιουργεῖ τὰς διαφόρους μορφάς,
ὅπως τὴν πυώδη, τὴν χρονίαν, τὴν διηθητικὴν καὶ ἐκβλαστητικὴν.
Ἄλλὰ καὶ αἱ διάφοροι ἐπιπλοκαὶ ὀφείλονται εἰς τὰ μικρόβια ταῦτα.

Γενικῶς ὅμως οὐδὲν ἀποδεικνύει τὸν πρωταρχικὸν ρόλον—
ἀλλὰ οὔτε καὶ τὸν ἀποκλείει—τῶν διαφόρων αὐτῶν μικροβίων, ἐφ'
ἴσον ἢ πειραματικὴ ἀναπαραγωγὴ τῆς νόσου ἀποτυγχάνει, συχνὰ
δημιουργοῦνται ἐξελκώσεις ἀπὸ ποικίλους μικροοργανισμοὺς καὶ
τέλος ἀποτυγχάνουν ὅλαι αἱ λεγόμεναι εἰδικαὶ θεραπείαι. Ὡς ἐκ
τούτου ἡ προσοχὴ ἐστράφη πρὸς ἄλλους αἰτιολογικοὺς παράγοντας.

2. Ὁ ψυχικὸς παράγων. Οὗτος ὑποστηρίζεται ἰδίως τὰ τε-
λευταῖα ἔτη καὶ κατόπιν τῆς προβολῆς τῆς λεγομένης ψυχοσω-
ματικῆς λατρικῆς. Ἀρκετοί, ἐπομένως, συγγραφεῖς παραδέχονται
ὅτι διάφοροι συγκινήσεις, ἀγχῶδεις καταστάσεις, φοβίαί, πνευμα-
τικὴ κόπωσις κλπ., δύνανται νὰ προκαλέσουν τὰς ἀλλοιώσεις τῆς

Καί ὁ ρόλος τῶν ἐπινεφριδίων ἐθεωρήθη ὡς αἷτιον, ἂν καί οὔτε ἡ δοκιμασία τοῦ Thorp, οὔτε ὁ προσδιορισμός τῶν 17 καί 11—κετοστεροειδῶν ἐπεβεβαίωσε τὴν θεωρίαν ταύτην τῆς νόσου προσαρμογῆς κατὰ Selye.

5. Θεωρία τῆς λυσοζύμης. Κατὰ τὴν θεωρίαν ταύτην, ἡ ἄφθονος ὑπερπαραγωγή τῆς λυσοζύμης, τοῦ λυτικοῦ αὐτοῦ ἐνζύμου, ὅπερ φυσιολογικῶς ὑπάρχει ἐντὸς τοῦ ἐντέρου, προκαλουμένη ἀπὸ διαφόρους νευροψυχικὰς ἐπιδράσεις, διευκολύνει τὴν ἐπίδρασιν τῶν μικροβίων, ἅτινα προκαλοῦν νεκρώσεις τοῦ βλεννογόνου. Ὡς γνώστον, τὸ λυτικὸν αὐτὸ ἐνζυμον ὑπάρχει φυσιολογικῶς εἰς τὰς ἐκκρίσεις τῆς ρινός, εἰς τὸν σίελον, τὸ γαστρικὸν ὕγρον, τὰ κόπρανα καὶ τὸν ἐντερικὸν βλεννογόνον. Ἀπὸ 5 μονάδας ἀνέρχεται εἰς τὴν αἱμορραγικὴν κολίτιδα εἰς ἄνω τῶν 110. Οἱ Grace, Wolf καὶ Wolff παρετήρησαν, μέσῳ συριγγίου, ἀλλοιώσεις τοῦ ἐντερικοῦ βλεννογόνου κατόπιν ὠρισμένων ψυχικῶν συγκινήσεων. Οὕτω τὸ ἄγχος, ἡ ἐχθρότης, ἡ ἀγωνία, προκαλοῦν ὑπερκινητικότητα, ὑπεραιμίαν τοῦ ἐντέρου καὶ ὑπερέκκρισιν βλέννης καὶ λυσοζύμης. Τὰ φαινόμενα ταῦτα ἦσαν πλέον ἐκδηλα εἰς ἄτομα πάσχοντα ἐξ αἱμορραγικῆς ὀρθοκολίτιδος. Ἡ ἐπερχομένη καταστροφὴ βλέννης, ἣτις προστατεύει τὸ ἐντερον, διευκολύνει τὴν ἐπὶ τοῦ βλεννογόνου ἐπίδρασιν τῶν παγκρεατικῶν ὕγρων καὶ δευτεροπαθῶς τὴν ἐπίδρασιν τῶν ἐκεῖ ὑπαρχόντων μικροβίων. Ἄλλαι ἐργασίαι παρεδέχθησαν ὡς κύριον αἷτιον τὴν λυσοζύμην ταύτην. Ὡς ἐκ τούτου τὸ ἐνζυμον αὐτό, ἡ αὐξήσις τοῦ ὁποίου εἶναι ἀποτέλεσμα νευρικοῦ ἐρεθίσματος, δὲν ἐρμηνεύει παρά προσβολὴν τοῦ ἐντερικοῦ βλεννογόνου, ἐλαττούμενον κατὰ τὰς ὑφέσεις καὶ αὐξάνον κατὰ τὰς ὑποτροπὰς.

6. Διάφορα αἷτια. Ἐκτὸς τῶν ὡς ἄνω ὑποστηριζομένων αἰτίων, διάφοροι συγγραφεῖς ἐπικαλοῦνται καὶ ἄλλους αἰτιολογικοὺς παράγοντας ἐκ τῶν ὁποίων θ' ἀναφέρωμεν τοὺς κυριωτέρους.

Ὁ Liush ὑποστηρίζει ὡς παράγοντα τὸν μυϊκὸν σπασμὸν. Θεωρεῖ τὴν αἱμορραγικὴν κολίτιδα ὡς εἰδικὴν ἀντίδρασιν ὠρισμένων ἐπιρροῶν, αἷτινες προκαλοῦν σπασμὸν τοῦ μυικοῦ χιτῶνος τοῦ ἐντέρου. Μεταξύ τούτων ἀναφέρει ὑπερτονίαν τοῦ συμπαθητικοῦ, λοιμῶξεις, ὡς ἡ δυσεντερία, καὶ ἀβιταμινώσεις. Ὄταν τὸ κόλον καταστῇ σπαστικόν, προκαλεῖ ἀλλοιώσεις τῆς ἐπιφανείας του. Ἡ ἐλάττωσις τῆς ἐκκρίσεως τῆς βλέννης ὡς καὶ ἡ ἔλλειψις βιταμινῶν κλπ. ἐμποδίζουσι τὴν ἐπούλωσιν. Ἐν ὀλίγοις, ἐξελεκώσεις τοῦ ἐντέρου ἐπέρχονται ἐκεῖ ὅπου ὁ μυϊκὸς χιτῶν εἶναι ἰσχυρότερος καὶ ὁ σπασμὸς ἐντονώτερος.

Ὁ στερεητικὸς παράγων ἔχει ὡσαύτως θεωρηθῆ ὡς αἷτιον τῆς νόσου. Πειραματικῶς ἔχουν προκληθῆ χρόνια ἀλλοιώσεις τοῦ κόλου, μακροσκοπικῶς καὶ μικροσκοπικῶς ὁμοιάζουσαι πρὸς τὰς τῆς αἱμορραγικῆς

κολίτιδος, εις ζῶα, μετά ειδικὴν ἀβιταμινοῦχον διαίταν. Ἐπίσης ἡ στέρσις εἰς νεαροὺς χοίρους ἐκ τῆς διαίτης των τοῦ παντοθενικοῦ ὀξέος προῦκάλεισεν ἐκτεταμένην κολίτιδα (Wintrobe κλπ.). Ἡ εἰς τὸν ἄνθρωπον ὅμως χορήγησις τοῦ παντοθενικοῦ ὀξέος δὲν ἐπέφερε βελτίωσιν εἰς τὴν νόσον. Ἄλλαι ἔρευναι ἀφορῶσαι εἴτε εἰς ὀλικὴν ἔλλειψιν βιταμινῶν εἴτε μόνης τῆς Α, ἐπέτυχον τὴν δημιουργίαν ἐξεγκώσεων ἐφ' ὀλοκλήρου ὅμως τοῦ πεπτικοῦ σωλῆνος καὶ οὐχὶ μόνον ἐπὶ τοῦ κόλου.

Ὑπεστηρίχθη ἐπίσης ἡ ἔλλειψις ἑνός ἐν ὄ γ ε ν ο ὺ ς παράγοντος, ὅστις φυσιολογικῶς εὐρίσκεται ἐντὸς τοῦ ἐντερικοῦ βλεννογόνου, τὸν ὅποιον καὶ προστατεύει. Βάσει τῆς ἀπόψεως ταύτης ἐπροτάθη ὡς θεραπευτικὸν μέσον ἡ χορήγησις ἐκχυλίσματος ἐξ ἐντερικοῦ βλεννογόνου χοίρου, χωρὶς ὅμως καὶ τοῦτο ν' ἀποδώσῃ εὐνοϊκὰ ἀποτελέσματα.

Γενικῶς δυνάμεθα νὰ εἴπωμεν, ὅτι τῆς ἐμφανίσεως τῆς αἱμορραγικῆς κολίτιδος δὲν εἶχε προηγηθῆ στερητικὴ νόσος. Ἡ μετὰ τὴν ἐκδήλωσιν τῆς νόσου παρατηρουμένη στερητικὴ κατάσταση εἶναι δευτεροπαθῆς, ὀφειλομένη εἰς ἀτελῆ ἀπορρόφωσιν λόγῳ τῆς ὑπερκινητικότητος τοῦ ἐντέρου καὶ τῶν ἐκτεταμένων ἀνατομικῶν ἀλλοιώσεων, ἡτις καὶ ὀδηγεῖ εἰς τὰς διαφόρους ἀβιταμινώσεις, κλπ.

7. Ὁ νευροφυτικὸς παράγων. Ὁ Rachei μετὰ τῶν συνεργατῶν του ὑποστηρίζουν ἴδιαν θεωρίαν, βασιζομένην εἰς τὰ ἑξῆς :

Ἡ αἱμορραγικὴ ὀρθοκολίτις εἶναι ἴδια κλινικὴ καὶ παθολογο-ἀνατομικὴ ὀντότης, διότι α) ἔχει ἰδιάζουσαν κλινικὴν εἰκόνα χαρακτηριστιζομένην ἀπὸ τὴν περιοδικὴν ἐξέλιξιν (κυκλικὴ νόσος).

β) Εἰδικὴν καὶ παθολογο-ἀνατομικὴν μακροσκοπικὴν εἰκόνα, ἐνδοσκοπικῶς διαπιστουμένην καὶ εἰς οὐδεμίαν ἄλλην κολίτιδα παρατηρουμένην.

γ) Ἰδίαν ἱστολογικὴν εἰκόνα, πάντοτε τὴν αὐτὴν, ἡτις διαπιστοῦται διὰ τῶν ἀλλεπαλλήλων καὶ διαδοχικῶν βιοψιῶν γενομένων καθ' ὅλα τὰ στάδια ἐξελίξεως τῆς νόσου, ἤτοι κατὰ τὴν εἰσβολὴν, ἀκμὴν καὶ ὕφεσιν. Αἱ ἱστολογικαὶ αὗται ἀλλοιώσεις ἀποτελοῦν ἴδιαν καὶ χαρακτηριστικὴν εἰκόνα.

Βάσει τῶν παθολογο-ἀνατομικῶν ἀλλοιώσεων τῶν περιγραφομένων ἀλλαχοῦ προκύπτουν, κατὰ τὸν Rachei κλπ., τὰ ἑξῆς συμπεράσματα :

Αἱ ἐντερικαὶ ἀλλοιώσεις εἶναι ἀποτέλεσμα συνυπάρξεως τοπικῶν ἀγγειακῶν διαταραχῶν καὶ ἀδενικῶν τοιοῦτων, ἄνευ φαινομένων ἐπιμολύνσεως κατὰ τὴν ἀρχικὴν φάσιν τῆς νόσου. Τὰ φαινόμενα ταῦτα παρατηροῦνται ὡσάκις προκαλεῖται μίᾳ ἀνώμαλος διέγερσις τῶν ἀγγειοκινητικῶν καὶ ἐκκριτικῶν νεύρων, δηλαδὴ ὡσάκις ὑπάρχει μίᾳ διαταραχῇ τοῦ νευροφυτικοῦ συστήματος. Αἱ ἀλλοιώσεις αὗται ὁμοιάζουν μὲ ἐκείνας τὰς ὁποίας ἐπετύγχανεν ὁ Rachei εἰς τὴν πειραματικὴν ἀναφυλαξίαν καὶ τὰς ὁποίας ἀνευρίσκομεν

καί κατά τās άλλεργικās άντιδράσεις. Είναί έπίσης δμοιοι με εκείνας τās όποιας έδημιούργει ό Reilly διά διαφόρων έρεθισμών τών σπλαγχνικών. Ή αιμορραγική όρθοκολίτις είναι έπομένως άποτέλεσμα άνωμάλων έρεθισμών τοϋ νευροφυτικοϋ συστήματος.

Αί διαταραχαί δμως αϋται τοϋ νευροφυτικοϋ συστήματος δέν είναι παρά μία βαθμής, ήτις άπλως όδηγει πρός τήν παθογένειαν, δεδομένου ότι τό νευρικόν σύστημα είναι μόνον όδός διά τής όποιας μεταδίδονται τά διάφορα έρεθίσματα. Είς τήν περίπτωση τής αιμορραγικής κολίτιδος άντιδρά εύκολώτερον καί κατά τρόπον διαφορετικόν από ό,τι είς έν φυσιολογικόν άτομον. Καί διερωτάται τις, διατί είς τούς άρρώστους αϋτούς τό σύστημα τοϋτο είναι πλέον εύαίσθητον καί διατί τά διάφορα έρεθίσματα έπιδρουν άποκλειστικώς καί μόνον έπί τοϋ παχέος έντέρου καί, άν καί διάφορα, δημιουργούν πάντοτε πανομοιοτύπους μακροσκοπικάς καί μικροσκοπικάς άλλοιώσεις με κλινικήν εξέλιξιν περιοδικήν ;

Ός έκ τούτου παραδέχονται μίαν προδιάρθεσιν γενικήν καί τοπικήν. Αί παθολογοανατομικάί άλλοιώσεις καί ή κλινική εξέλιξις τής νόσου τήν προσεγγίζουν πρός άλλας άναλόγους καταστάσεις, αίτινες καί αϋται εισβάλλουν άποτόμως, εξελίσσονται περιοδικώς, δίδουσαι τήν έντόπως τελείας κλινικής ίάσεως, όπότε, παρά τήν θεραπείαν, ύποτροπιάζουν. Μεταξύ τούτων τό έκζεμα όμοιάζει, περισσότερο όλων, πρός τήν αιμορραγικήν κολίτιδα. Καί αϋτό εξελίσσεται περιοδικώς, πλείστα όσα αίτια τό προκαλούν, καί μολαταϋτα, οιονδήποτε καί άν είναι τό αίτιον, ή κυριαρχούσα έκδήλωσις είναι πάντοτε ή αϋτή, χαρακτηριστική καί παθογνωμονική, ή δερματική έκδήλωσις καί ούχι τό προκαλέσαν ταϋτην αίτιον. Τό αϋτό δυνάμεθα νά παραδεχθώμεν καί διά τήν αιμορραγικήν κολίτιδα, ήτις εξελίσσεται λόγω μιās ιδιαιτέρας εύαισθησίας τοϋ όργανισμοϋ. Πρόκειται περί ίδιουσστασικής προδιαθέσεως, περιλαμβανομένης είς τήν παλαιάν διαθεσικήν κρᾶσιν, ήτις συγκεντρώνει όλας τās καταστάσεις εκείνας, αίτινες έξαρτώνται από διαταραχήν τοϋ νευροφυτικοϋ, έκ κοινών καί ποικίλων αίτίων. Είς τήν ομάδα ταϋτην περιλαμβάνονται τό έκζεμα, ή ποδάγρα, αί άσθματικά κρίσεις, ή ήμικρανία, ή αιμορραγική όρθοκολίτις, ίσως δέ καί τά γαστροδωδεκαδακτυλικά έλκη.

Ή εύαίσθητοποίησις διαφέρει τής ίδιουσστασικής προδιαθέσεως, διότι εκείνη άπαιτεί προπαρασκευήν τοϋ όργανισμοϋ δι' έπανελημμένων έρεθισμάτων, όστις έν συνεχεία ν' άντιδρά είς τά έρεθίσματα ταϋτα. Ή πλέον γνησία μορφή ταϋτης είναι ή άναφυλαξία, τήν όποιαν δμως σπανίως δυνάμεθα νά επικαλεσθώμεν ως αίτιον

έκδηλώσεως τῆς αἱμορραγικῆς κολίτιδος. Ἀντιθέτως ὑποπευόμεθα περισσότερο τὴν ἄλλεργίαν, ὅπου δὲν εἶναι ἀπαραίτητος ἡ ἀναζήτησις τῶν δύο ἀντιδράσεων, ἤτοι τῆς προπαρασκευαστικῆς καὶ τῆς ἐκλυτικῆς. Πρὸς διαπίστωσιν ὅμως τούτου ἀπαιτοῦνται σοβαρὰ κριτήρια, ἐλλείψει τῶν ὁποίων ἐπικαλοῦνται, ὅσον ἀφορᾷ τὴν αἱμορραγικὴν κολίτιδα, τὴν προδιάθεσιν, ἣτις δὲν ἀπαιτεῖ ἴδιον μηχανισμόν. Διακρίνουν τρία εἶδη προδιαθέσεως :

α) Τοπικὴ προδιάθεσις ἢ ἐντερικὴ εὐαισθησία. Εἶναι τὸ κύριον παθογονικὸν στοιχεῖον καὶ τὸ μόνον δυνάμενον νὰ ἐξηγήσῃ τὸν ἰδιαιτερόν τροπισμόν, λόγῳ τοῦ ὁποίου τὰ διάφορα ἐρεθίσματα τοῦ νευροφυτικῶ ἐντοπίζονται ἐπὶ τοῦ ἐντέρου. Μέχρι σήμερον οὐδεμία ἔρευνα φυσικοχημικῆ, ἱστολογικῆ, οὐδὲ ἡ μελέτη τῶν διαταραχῶν τοῦ τοπικοῦ pH, τῆς ὀξεοβασικῆς ἰσορροπίας, τῆς μικροβιακῆς χλωρίδος, τοῦ προσδιορισμοῦ τῆς τοπικῆς ἱσταμίνης κλπ. κατῶρθωσε νὰ προσδιορίσῃ τὴν τοπικὴν ταύτην προδιάθεσιν καὶ ν' ἀνακαλύψῃ παρά τὸ ἐντερον τὰ στοιχεῖα τῆς εὐαισθησίας ταύτης. Ὡς γνωστόν, ἡ ἱσταμίνη εὐνοεῖ τὴν διαπερατότητα τῶν τριχοειδῶν, ἔχει δὲ ἀποδειχθῆ ὑπὸ τοῦ Tzanck, ὅτι αὕτη αὐξάνει τὰς ἄλλεργικὰς ἀντιδράσεις καὶ προκαλεῖ τὴν ἐμφάνισιν ἐκζέματος ἐπὶ τοῦ δέρματος. Οὐδεμία ὅμως αὐξήσις τῆς ἱσταμίνης παρατηρήθη, εἴτε τοπικῶς εἴτε ἐν τῷ αἵματι, εἰς ὄλας τὰς φάσεις τῆς αἱμορραγικῆς κολίτιδος. Ὅσον ἀφορᾷ τὴν λυσοζύμη, διεπιστώθη ὑπὸ τῶν συγγραφέων αὐτῶν αὐξήσις ταύτης ἀπὸ 2,7 εἰς 56 μ. καὶ πλέον. Εἶδομεν ὅμως καὶ προηγουμένως, ὅτι ἡ αὐξήσις αὕτη ἐξαρτᾶται ἀπὸ ἐρεθισμόν τοῦ νευροφυτικοῦ. Εἶναι ἐπομένως καὶ αὕτη μία ἄλλη βαθμὶς ὁδηγοῦσα πρὸς τὴν παθογένειαν.

β) Τοπικὴ ἐντετοπισμένη προδιάθεσις. Πρόσφατοι ἱστολογικαὶ μελέται ἀπεκάλυψαν ἀλλοιώσεις τῶν ἀγγείων τοῦ μεσεντερίου. Τὰ ἀγγεῖα ταῦτα ἦσαν λίαν ἀνεπτυγμένα καὶ περιεβάλλοντο ὑπὸ πολλαπλῶν μικρῶν νευρικῶν πλεγμάτων. Τὰ λεμφογάγγλια παρουσιαζόν λεμφοειδῆ ὑπερπλασίαν μετὰ διηθήσεων πλάσματοκυττάρων, μετὰ πολλαπλῶν ἀγγειακῶν διευρύνσεων καὶ ἠώζινοφίλων. Πάντα ταῦτα συνηγοροῦν ὑπὲρ μιᾶς τοπικῆς ἀγγειακῆς ἀνωμαλίας. Δὲν ἀποκλείεται ὅμως ἡ αἱμορραγικὴ ὀρθοκολίτις νὰ ἄρχεται ἐκ τοῦ μεσεντερίου καὶ νὰ ἀναπτύσσεται ἐν συνεχείᾳ τὸ κόλον. Παρομοιάζεται οὕτω κάπως, ἂν καὶ διάφορος, μετὰ τὴν νόσον τοῦ Crohn : εἰς τὴν πρώτην προσβάλλεται τὸ ἀγγειακὸν σύστημα, ἐνῶ εἰς τὴν δευτέραν, τὴν τελικὴν εἰλεΐτιδα, τὸ λεμφικόν.

γ) Ἡ γενικὴ προδιάθεσις. Καὶ αὕτη δὲν ἀποδει-

κνύεται, αναφέρεται όμως διὰ τὴν καλύτεραν κατανόησιν τῆς εἰδικῆς εὐαισθησίας τοῦ νευροφυτικῆς συστήματος. Οὐδεμία βιοχημικὴ διαταραχὴ διεπιστώθη, ὅπως διαταραχαὶ τῶν ἠλεκτρολυτῶν, τῶν λευκωμάτων τοῦ σίματος, ἅτινα διαταράσσονται μόνον εἰς τὰς βαρείας λοιμώξεις. Ἡ ὀξεοβασικὴ ἰσορροπία εἶναι φυσιολογικὴ, ὡς καὶ ὁ αἱματολογικὸς τύπος. Ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἐπερχομένην ἡπατικὴν ἀνεπάρκειαν, αὕτη εἶναι δευτεροπαθὴς εἰς τὴν αἱμορραγικὴν κολίτιδα, ἀποτέλεσμα τῆς μακρᾶς ἐξελίξεως τῆς νόσου.

Προσφάτως ἐπικαλοῦνται καὶ τὴν θεωρίαν τοῦ «συνδρόμου προσαρμογῆς» τοῦ Selye. Ὡς γνωστόν, τὸ σύνδρομον τοῦτο περιλαμβάνει τὸ σύνολον ὄλων τῶν μὴ εἰδικῶν καὶ γενικῶν ἀντιδράσεων τοῦ ὀργανισμοῦ, αἵτινες ἐκδηλοῦνται κατόπιν παρατεταμένης δράσεως ἑνὸς οἰουδήποτε ἐπιθετικοῦ παράγοντος. Ὁ ἄξων «ὐπόφυσις - ἐπινεφρίδια» εἶναι ἀναμφισβητήτως σημαντικὸς παράγων εἰς τὴν ἄμυναν κατὰ μιᾶς ἐπιθέσεως, ἑνὸς stress, κατὰ τὴν ἔκφρασιν τοῦ Selye. Κατὰ τὴν φάσιν τῆς καταπληξίας τῆς περιόδου τοῦ συναγερμοῦ, εἶναι δυνατόν νὰ προκληθοῦν ἐξελκώσεις καὶ αἱμορραγικαὶ ζῶναι κατὰ μῆκος τοῦ πεπτικοῦ σωλήνος. Τὰ φαινόμενα ὅμως ταῦτα εἶναι ὀξείας φύσεως, μὴ ἀπαντῶντα συνήθως εἰς τὴν αἱμορραγικὴν κολίτιδα. Κατὰ τὴν φάσιν ὅμως τῆς ἀντικαταπληξίας, ἥτις ἔπεται τῆς προηγουμένης, ἐάν ὁ μηχανισμὸς ἀμόνης τοῦ ἄξονος «ὐπόφυσις - ἐπινεφρίδια» ὑπερβῇ τὸν σκοπὸν του καὶ πλημμυρίσῃ τὸν ὀργανισμόν μὲ φλοιώδη ὀρμόνην τῶν ἐπινεφριδίων, τότε εἶναι δυνατόν νὰ παρατηρηθοῦν διάφοροι βλάβαι, ἅς ὁ Selye περιγράφει ὡς «νόσους προσαρμογῆς». Σημειωτέον ὅτι, ὡς διεπιστώθη πειραματικῶς, ἡ ὑπερπαραγωγή τῆς δισοξυκοστερόνης προκαλεῖ βλάβας τῶν ἀγγείων, τῶν ἀρθρώσεων, τοῦ μυοκαρδίου ἢ τῶν νεφρῶν, ὑπέρτασιν. Ὁ προσδιορισμὸς ὅμως τῶν 11—οξυστεροειδῶν καὶ τῶν 17—κετοστεροειδῶν ὡς καὶ αἱ ἄλλαι μέθοδοι ἐρεύνης τῆς λειτουργίας τῶν ἐπινεφριδίων, αἱ γινόμεναι ὑπὸ τῶν Rachei καὶ Bussou, δὲν ἐπιβεβαιοῦν ὡς αἴτιον τῆς αἱμορραγικῆς κολιτιδος τὴν ὡς ἄνω θεωρίαν.

Περίληπτικῶς, ἐπομένως, δυνάμεθα νὰ εἴπωμεν, ὅτι μέχρι σήμερον παραμένουν ἄγνωστα τὰ πραγματικὰ αἴτια τῆς νόσου. Ἐκ τῶν ὡς ἄνω ἐκτεθέντων προκύπτει, ὅτι ἡ αἱμορραγικὴ κολίτις δὲν εἶναι μικροβιακὴ νόσος, ἀλλὰ μία νόσος ὀφειλομένη εἰς διαταραχὴν τοῦ νευροφυτικῆς συστήματος ἐπὶ ἀτόμου παρουσιάζοντος προδιάθεσιν εἴτε συγγενῆ εἴτε ἐπίκτητον, τοπικὴν καὶ ἐντετοπισμένην, εἰς ἐρεθίσματα γενικά ἢ τοπικά ὀφειλόμενα εἰς ποικίλα αἴτια.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αυτή ποικίλλει αναλόγως τῆς κλινικῆς μορφῆς τῆς νόσου. Δέον νὰ σημειωθῆ, ὅτι ὑπάρχουν καλοήθεις μορφαί, αἵτινες δὲν πρέπει ν' ἀγνοηθοῦν, διότι χρῆζουν λίαν συντηρητικῆς θεραπείας. Εἰς ταύτας ὁ ψυχικὸς παράγων, ἡ καθυσύχασις τοῦ ἀρρώστου, ἡ ἀποφυγὴ βιαιῶν θεραπευτικῶν μέσων, θ' ἀποδώσῃ πολὺ καλύτερα ἀποτελέσματα. Ἐπειδὴ ἀποκλεισθῆ οἰονδήποτε ἄλλο αἷτιον καὶ κυρίως μία παρασιτικὴ νόσος, θ' ἀρκεσθῶμεν εἰς μόνην τὴν χορήγησιν καταπραϋντικῶν τοῦ νευροφυτικῆς συστήματος (βρωμιούχα, βαρβιτουρικά κλπ.), βισμούθιου, εἴτε ὑπονιτρικοῦ εἴτε ἀνθρακικοῦ, εἰς δόσιν 12—15 γρ. ἡμερησίως, εἰς τοπικοὺς ὑποκλυσμοὺς μὲ μουρουνέλαιον καὶ εἰς συντηρητικὴν διαίταν.

— Κατὰ τὴν ὀξεΐαν φάσιν τῆς νόσου ἀπαιτεῖται ἀπόλυτος ἀνάπαυσις. Ἡ διαίτα θὰ συνίσταται εἰς τὴν χορήγησιν ἀφθόνων πρωτεΐνων καὶ σχετικῆν ἐλάττωσιν τῶν ἀμυλούχων. Θ' ἀπαγορευθοῦν: Τὸ γάλα, ὁ φρέσκος τυρὸς καὶ ὅτι δημιουργεῖ μεγάλα ἀπορρίμματα. Ἄφθονος χορήγησις φρούτων ὑπὸ μορφὴν χυμῶν. Θὰ ἐρευνηθῆ ἡ πιθανὴ ὑπαρξις ἀλλεργιογόνου.

Ἄπαραίτητος εἶναι ἡ χορήγησις ὀργανικῶν ἀλάτων: ἀσβέστιον καὶ σίδηρος. Εἰς περίπτωσιν ἐλαττώσεως τῶν θὰ χορηγηθῆ νάτριον καὶ κάλιον. Ἐπίσης βιταμίναι τῆς ομάδος Β, βιταμίνη C, ἡπατικά ἐκχυλίσματα, λιποτροπικαὶ οὐσίαι.

Συμπωματικὴ θεραπεία: Ἡ καταπολέμησις τῶν τοπικῶν αἱμορραγιῶν θὰ γίνῃ διὰ τῆς χορηγήσεως χλωριούχου ἀσβεστίου, συνθετικῆς βιταμίνης K καὶ διαφόρων αἰμοστατικῶν εἰς ὑποκλυσμόν. Διὰ τὴν ἐπούλωσιν τοῦ ἐπιθηλίου θὰ χορηγοῦνται, ἀφοῦ προηγεῖται ὑποκλυσμὸς καθαριότητος, ὑποκλυσμοὶ δι' ἐλαίου λάδου ἐντὸς τοῦ ὁποίου ἔχουν προστεθῆ 200.000 μ. βιταμίνης A, ἢ καὶ ἀπλῶς μουρουνέλαιον εἰς ποσότητα 200 γραμ. περίπου. Ὁ ὑποκλυσμὸς οὗτος δέον νὰ συγκρατεῖται ὀλόκληρον τὴν νύκτα, νὰ ἐπαναλαμβάνεται δὲ καθ' ἑκάστην καὶ ἐπὶ ἕνα μῆνα.

Εἰς περίπτωσιν πυωδῶν κενώσεων θὰ σκεφθῶμεν τὴν χορήγησιν ὠρισμένων βιοθεραπευτικῶν φαρμάκων. Ταῦτα δροῦν ἐπὶ τοῦ μικροβιακοῦ παράγοντος, οὐχὶ ὅμως καὶ ἐπὶ τῆς ἐξελίξεως τῆς νόσου, ὡς ὑπεστηρίχθη ἄλλοτε.

Θὰ χορηγήσωμεν ἀρχικῶς, καὶ κυρίως δόσας δὲν ὑπάρχει σηψαιμικὸς πυρετός, σουλφοναμίδας, ἰδιαιτέρως σουλφογουανιδίνην ἢ ἔτι καλῶτερον σουλφαθαλαδίνην εἰς τὴν δόσιν τῶν 4—6 γρ. ἡμερη-

σίως. Πολλάκις με μόνην τὴν θεραπείαν αὐτὴν αἱ πυώδεις κενώσεις ἐξαφανίζονται καὶ ἡ γενικὴ κατάστασις βελτιοῦται σημαντικῶς. Σπανίως ὁμως θὰ παρατηρήσωμεν καὶ παθολογοανατομικὴν ἀποκατάστασιν τοῦ βλεννογόνου. Ἐάν τὸ θεραπευτικὸν τοῦτο μέσον ἀποτύχη, δυνάμεθα νὰ δοκιμάσωμεν εἴτε τὸν συνδυασμὸν πενικιλίνης — στρεπτομυκίνης εἴτε ἀπὸ τοῦ στόματος τετραμυκίνη, χλωρομυκητίνη, νεομυκίνη κ.ο.κ., εἰς τὴν δόσιν τοῦ 1,5 γρ. ἡμερησίως, ἐπὶ ἓν περίπου δεκαήμερον. Εἰς ὅλας αὐτάς τὰς περιπτώσεις θὰ χορηγήσωμεν συγχρόνως ἡπατικὸν ἐκχύλισμα, σύμπλεγμα βιταμίνης Β, βιταμίνη Κ καὶ βιταμίνη C.

Αἱ μεταγγίσεις αἵματος. Ἰδίως τῆς αὐτῆς ομάδος, ἀποτελοῦν ἐπίσης ἰσχυρὸν θεραπευτικὸν μέσον, διότι ἐκτός τῆς ἀποκαταστάσεως τῶν ἀπωλειῶν αἵματος, ἃς ἔχει ὑποστῆ ὁ ἀρρώστος, δροῦν ὡσαύτως καὶ διὰ τοῦ μηχανισμοῦ τοῦ πρωτεϊνικοῦ χος, εἴτε ἐμφανοῦς εἴτε λανθάνοντος. Αἱ μεταγγίσεις αὗται δεόν νὰ ἐκτελῶνται δις ἢ τρίς τῆς ἑβδομάδος καὶ εἰς ποσότητα 150 γρ. αἵματος.

Τὸ καλῦτερον ὁμως θεραπευτικὸν μέσον, τὸ ὁποῖον καὶ κυρίως χρησιμοποιοῦμεν ἐν τῇ Κλινικῇ, καὶ ἀφοῦ ἀποτύχουν ὅλα τὰ ἄλλα, εἶναι ἡ **πρωτεϊνοθεραπεία**, ἥτις ταχύτατα διακόπτει μίαν ὀξεῖαν κρίσιν. Αὕτη συνίσταται εἰς τὴν ἐνδοφλέβιον χορήγησιν πρωτεϊνῶν, οὕτως ὥστε νὰ ἐπιτύχωμεν ἔντονον ρίγος, ἐλονοσιακὸν οὕτως εἶπειν, καὶ ἀνύψωσιν τῆς θερμοκρασίας ἄνω τῶν 39°. Ἀναλόγως τῆς γενικῆς καταστάσεως τοῦ ἀρρώστου προκαλοῦμεν τοιαῦτα χος τρίς τῆς ἑβδομάδος ἐπὶ 5 περίπου ἑβδομάδας. Ἐάν μετὰ τὸ 8ον ἢ 9ον χος δὲν ἐπέλθῃ βελτίωσις, τότε καὶ ἡ θεραπεία αὕτη δύναται νὰ χαρακτηρισθῇ ὡς ἀποτυχοῦσα καὶ δὲν συνεχίζεται πλέον.

Ἡ θεραπεία αὕτη ἔχει ὡς ἐξῆς: ἀρχίζομεν με μίαν σταγόνα propridon ἐντὸς 10 κ.ἐκ. φυσιολογικοῦ ὁροῦ εἰς βραδεῖαν ἐνδοφλέβιον ἔνεσιν. Ἀναλόγως τῆς ἀντιδράσεως τοῦ ἀρρώστου αὐξάνομεν καὶ τὸν ἀριθμὸν σταγόνων τοῦ propridon, ἐνῶ ἡ ποσότης τοῦ φυσιολογικοῦ ὁροῦ παραμένει ἡ αὐτῆ. Οὕτως εἰς ἄλλους μὲν ἀρρώστους ἐλάχισται σταγόνες, 2 ἢ 3, ἀρκοῦν νὰ προκαλέσουν παρατεταμένον καὶ ἔντονον ρίγος με ἀνύψωσιν τῆς θερμοκρασίας, ἐνῶ εἰς ἄλλους ὑποχρεοῦμεθα εἰς κάθε ἔνεσιν ν' αὐξάνωμεν τὸν ἀριθμὸν μέχρις ὀλικοῦ ἀριθμοῦ 15 καὶ 20 σταγόνων. Ἀπὸ τῆς 4ης ἢ 5ης ἐνέσεως παρατηρεῖται σημαντικὴ βελτίωσις ἀφορῶσα κυρίως τὸν ἀριθμὸν καὶ τὴν ποιότητα τῶν κενώσεων. Συνήθως, ἡμίσειαν ὥραν

μοιραῖον τέλος. Τελικῶς ὁ ἄρρωστος μας οὖτος ὑπεβλήθη εἰς κολεκτομὴν (βλ. εἰκὼν 13). Εἰς ἑτέραν περίπτωσιν μας κατὰ τὰς δύο πρώτας ἡμέρας παρατηρήθη πτώσις τῆς θερμοκρασίας καὶ ἐλάττωσις τοῦ ἀριθμοῦ τῶν κενώσεων κατόπιν χορηγήσεως ACTH. Ἐν συνεχείᾳ ὁ ἀριθμὸς τῶν αἱματηρῶν κενώσεων ὑπερέβη τὰς 15 ἡμερησίως μὲ ἐπιβάρυνσιν τῆς γενικῆς καταστάσεως. Κατόπιν τούτου ἐφηρμόσαμεν τὴν πρωτεΐνοθεραπείαν καὶ ὁ ἄρρωστος ἔχει ἤδη καλῶς. Ἄλλὰ καὶ εἰς ἄλλας περιπτώσεις δὲν παρατηρήσαμεν εὐνοϊκὴν ἐπίδρασιν κατόπιν τῆς ὁρμονοθεραπείας ταύτης.

Ἄνεζητήθη πολλάκις μία εἰδικὴ παθογονικὴ θεραπεία τῆς νόσου.



Εἰκὼν 13. Αἰμορραγικὴ ὀρθοκολίτις (ἴδια περίπτωσις). Ὀλικὴ κολεκτομὴ (Καθηγ. κ. Κ. Ἀλιβιζᾶτος). Βλεννογόνος κοκκιώδης καλυπτόμενος ὑπὸ πορφυρικῶν κηλίδων καὶ ἐκχυμώσεων.

Οὖτω, ὁσάκις ἐθεωρήθη ὡς αἷτιον ἢ πελλάγρα, ἐχορηγήθη ἡ νικοτιλαμίδη, ἄνευ ὁμῶς ἀποτελεσμάτων. Τὰ αὐτὰ ἀρνητικὰ ἀποτελέσματα ἔσχε καὶ ἡ ἐνδοφλέβιος χορήγησις νοβοκαΐνης. Μερικὰ ἐνδιαφέροντα ἀποτελέσματα ἐπετεύχθησαν κατόπιν διηθήσεως διὰ νοβοκαΐνης τοῦ ἀριστεροῦ ὀσφυϊκοῦ συμπαθητικοῦ, ὡς καὶ κατόπιν ἀκτινοθεραπείας παρά τὴν ὀσφυϊκὴν μοῖραν. Ἐπεχειρήθη ἐπίσης ἡ ἀπνευσιοθητοποίηση τῶν ἄρρώστων τούτων διὰ τῆς χορηγήσεως ἀντιισταμινικῶν. Ἐν Ἀμερικῇ χορηγοῦνται διάφορα προϊόντα μὲ ἀντικειμενικὸν σκοπὸν τὴν ἐλάττωσιν τῆς λυσοζύμης, ὡς ἐπίσης καὶ ἐκχυλίσματα στομάχου καὶ ἐντέρου χοίρου.

— Κατὰ τὴν περίοδον τῆς ὑφέσεως ἡ νόσος, ὡς

ζουσα, όποτε φοβείται τις είτε την επέκτασιν της νόσου είτε, κυρίως, την εμφάνισιν στενωτικών φαινομένων λόγω ούλώδους έπεξεργασίας ή σμικρόνσεως του όρθου - σιγμοειδούς. Θά σκεφθώμεν επίσης —καί συνήθως εκεί θά καταλήξωμεν— την χειρουργικήν επέμβασιν εις άς περιπτώσεις έχει πλέον εξαφανισθή κάθε περιοδικότης και έχουν μονιμοποιηθή ή εμφανισθή αι προηγουμένως περιγραφείσαι διαταραχαί.

Χειρουργικοί μέθοδοι: Αρχικώς προέβαινον εις άπλάς έπεμβάσεις, συνισταμένας εις σκωληκοειδοστομίαν και τυφλοστομίαν, δηλαδή εις συριγγοποιήσεις των οργάνων τούτων προς τό δέρμα. Έπεμβάσεις άπλαϊ, αίτινες, εις τινας περιπτώσεις, έσωσαν τον άρρωστον, παρά τό γεγονός ότι δεν είναι νοητός ο μηχανισμός των. Όπωςδήποτε, παρετηρείτο σημαντική βελτίωσις, πτώσις του πυρετού, ελάττωσις του αριθμού των κένώσεων, άδειςις του βάρους του άρρώστου.

Η συνηθεστέρα όμως τεχνική είναι ή εφαρμοζομένη εν Αμερικη.

— Κατά πρώτον χρόνον τό νοσοϋν έντερον δεν άφαιρείται, αλλά τίθεται εν άναπαύσει, οϋτως ώστε άλλοτε μέν να υποβοηθηθή ή ίσσις του, ως επί τό πλείστον όμως να δοθη καιρός εις τον άρρωστον, ώστε μεταγενεστέρως να εκτελεσθή ή όλική κολεκτομή. Θά εκτελεσθή οϋτω αρχικώς μία τελική ειλεοστομία, είτε άπλή δι' άποκλεισμού του παχέος έντέρου είτε διπλή, όποτε αι δύο μοίραι του ειλεού ανατομούνται εις δύο διάφορα σημεία του κοιλιακού τοιχώματος. Χάρις εις την επέμβασιν ταύτην δυνάμεθα να εφαρμοσωμεν τοπικήν θεραπείαν δι' έγχύσεων, διά του στομίου, έντός του πάσχοντος έντέρου διαφόρων οϋσιών, ως βιταμίνης Α, άντισηπτικών, βιοθεραπευτικών, υποβοηθούντες οϋτω την καταπολέμησιν της φλεγμονής και την έπούλωσιν του νοσοϋντος βλεννογόνου.

Η άπλή—φαινομενικώς—αυτη χειρουργική επέμβασις ενέχει μεγίστους κινδύνους, ιδίως κατά τας πρώτας ήμέρας λόγω των πιθανών έπιπλοκών. Περίσφιγξις λόγω συστροφής της έλικος, άπόφραξις λόγω πτώσεως της έλικος, διάβρωσις του δέρματος εκ των διαφόρων πεπτικών ένζύμων. Ός εκ τούτου ή αναστόμωσις δέον να εκτεληται επί έλικος άπολύτως ύγιους, της τομής γινομένης εις άπόστασιν 4 - 5 εκ. από του τυφλού. Καθήλωσις του μεσεντερίου εις τό τοίχωμα, έξωτερίκευσις του ταμέντος έντέρου κατά 3 εκ. τουλάχιστον. Προφύλαξις του δέρματος διά διαφόρων κόνεων (καολίνη, δερματολόη κ.λ.π.). Στεγανή εφαρμογή ειδικού μηχανήματος. Έπίβλεψις της γενικής καταστάσεως του άρρώστου, άποκατάστασις λευκωμάτων, ήλεκτρολυτών, χορήγησις ήπατικών εκχυλισμάτων, βιταμινών, βιοθεραπευτικών τοπικώς και per os. Παρά ταϋτα ή επέμβασις αυτη προκαλεί, κατά τους Αμερικανούς συγγραφείς, θνησιμότητα 15 - 20 %.

Ποία θά είναι ή εξέλιξις κατόπιν μιās τοιαύτης έπεμβάσεως, άφοϋ ο άρρωστος άποφύγη τους κινδύνους των πρώτων ήμερών;

Είναι δυνατόν να παρατηρηθή γενική και τοπική βελτίωσις τοιαύτη, ώστε να μη άπαιτηθή πλέον άλλη επέμβασις. Σπανίως

Δ' Η ΑΜΟΙΒΑΔΩΣΙΣ

Ἡ προσβολή τῶν ἰστών ἀπό τὸ παθογόνον πρωτόζωον — τὴν ἱστολυτικὴν ἀμοιβάδα — ἐκδηλοῦται ἄλλοτε μὲν ὡς ἐντερικὴ νόσος, ἄλλοτε δὲ ὡς ἔξω-εντερικὴ τοιαύτη.

Καὶ ἡ μὲν ἐντερικὴ δυνατὸν νὰ προσβάλη ὀλόκληρον τὸ κόλον ἢ μοῖραν τούτου, ὅπως τὸ τυφλόν, σιγμοειδές, ὀρθόν κλπ., θὰ ἐκδηλωθῆ δὲ κλινικῶς εἴτε ὑπὸ ὀξειαν μορφήν — τὴν ἀμοιβαδικὴν δυσεντερίαν — εἴτε ὑπὸ ἀβληχράν ἢ ὑποξειαν, δυναμένην νὰ ὑποδυθῆ ποικίλαν κλινικῶν μορφῶν.

Ἡ ἔξω-εντερικὴ μορφή χαρακτηρίζεται ἀπὸ τὴν ἐντόπισιν τῆς ἱστολυτικῆς ἀμοιβάδος εἰς ἄλλα ὄργανα, ὅπως εἰς τὸ ἥπαρ, τοὺς πνεύμονας, τὸ δέρμα, κλπ., εἴτε ὡς ἐπιπλοκὴ μιᾶς ἀρχικῆς ἐντερικῆς λοιμώξεως εἴτε, φαινομενικῶς τουλάχιστον, ὡς πρωτοπαθῆς ἐντόπισις.

Ἀπάσας ταύτας τὰς ἐκδηλώσεις — ἐντερικὰς καὶ ἔξω-εντερικὰς — τὰς περιλαμβάνομεν ὑπὸ τὸν γενικὸν ὄρον «Ἀμοιβάδωσις».

Τονίζομεν ἀπὸ τοῦδε, ὅτι ἐξ ὅλων τῶν περιγραφεισῶν ἀμοιβάδων, αἵτινες κατασκηνοῦν ἐν τῷ ἐντέρω, ἡ μόνη παθογόνος εἶναι ἡ ἱστολυτικὴ (*Entamoeba histolytica*).

Πράγματι, αἱ ἄλλαι ἀμοιβάδες — *Entam. coli*, *Endolimax nana*, *Iodamoeba bütschlii*, *Dientamoeba fragilis* — εἶναι κοινὰ παράσιτα τοῦ ἐντέρου, μὴ παθογόνα, τὰ ὅποια μαρτυροῦν τὴν ὕπαρξιν μιᾶς κολίτιδος ἢ συντελοῦν εἰς τὴν διατήρησιν ταύτης. Μολαταῦτα, συγγραφεῖς τινες (*Hillemand*) παραδέχονται, ὅτι ἡ *Dient. fragilis* καὶ ἡ *End. nana* δύνανται νὰ προκαλέσουν ἐνοχλήματα, ἐκ τοῦ νευροφυτικοῦ ἰδίου συστήματος, παρουσίᾳ δὲ τούτων δεόν νὰ ἐφαρμόζεται ἡ εἰδικὴ ἀντιαμοιβαδικὴ θεραπεία.

Ἱστορικόν. Ἡ νόσος ἦτο γνωστὴ ἀπὸ ἀρχαιοτάτων χρόνων, ἠγνοεῖτο ὅμως τὸ αἷτιον ταύτης. Ἀπὸ θεραπευτικῆς ὁμῶς ἀπόψεως ὁ *S. de Sousa*, ἐν Βραζιλίᾳ, ἐχορήγει ἀπὸ τοῦ 1587, εἰς τὰς αἱμορραγικὰς δυσεντερίας τὴν *Ipecacuanha*, ἐκ τῆς ὁποίας μετὰ πάροδον τριῶν περίπου αἰώνων — τὸ 1817 — οἱ Γάλλοι *Pelletier* καὶ *Magendie*, ἀπεμόνωσαν τὴν ἐμετίνην.

μη επιπλεγμένην υπό ήπατικού άποστήματος—είναι ή σημερινή βακτηριδική δυσεντερία—άπό την έκδηλουμένην με βλεννοαιματηρόν δυσεντερικόν σύνδρομον, την χρονίως εξέλισσομένην, την επιπλεγμένην υπό ήπατικού άποστήματος, την όποίαν άποκαλεί «διάρροιαν έξ άμοιβάδων».

Τό 1891—92 οί Councilman και Lafleur έπιβεβαιούν την αιτιολογικήν σχέσιν μεταξύ παρασίτων και έντερικών άλλοιώσεων. Άνευρισκουν τό πρωτόζωον τοϋτο και έξω τοϋ έντέρου, έντός τοϋ ήπατος, εις την άπόχρεμψιν πάσχοντος έκ πνευμονικού άποστήματος. Έπιμένουν έπί της ειδικής καταστρεπτικής επιδράσεως έπί τών ιστών και ύποστηρίζουν, ότι δέν ύπάρχει μία δυσεντερία, άλλά «δυσεντερία». Μία τών δυσεντεριών τοϋτων όφείλεται εις μίαν άμοιβάδα την όποίαν όνομάζουν *Amoeba dysenteriae*.

Τό 1893 οί Kruse και Pasquale, εις τό Έλληνικόν Νοσοκομείον Άλεξανδρείας, άποδεικνύουν πειραματικώς, ότι αι άνευρισκόμεναι εις ύγιή άτομα άμοιβάδες οϋδέποτε μολύνουν την γαλήν, ένφ την μολύνουν πάντοτε αι άνευρισκόμεναι εις τās όξειας δυσεντερίας. Διαχωρίζουν οϋτω την κοινήν άμοιβάδα ή *Amoeba coli*, μη παθογόνο, της παθογόνου δυσεντερικής άμοιβάδος.

Κατά τό αυτό έτος (1893) οί Aminecke και Roos περιγράφουν τās μορφολογικές διαφοράς μεταξύ τών άμοιβάδων τών άνευρισκομένων εις τās κόπρανα πασχόντων έκ δυσεντερίας και τών άνευρισκομένων εις ύγιή άτομα, καταλήγουν δέ εις τό συμπέρασμα, ότι ύπάρχει μία παθογόνος άμοιβάς προκαλοϋσα την δυσεντερίαν και μία μη παθογόνος, άνευρισκομένη εις τό έντερον ύγιών και μη άτόμων.

Τό 1899 ό Γάλλος Marchoux έπιτυγχάνει, διά μολύνσεως της γαλής, 52 άμοιβαδικά άποστήματα έπί 82 ζώων.

Τό 1903 ό Shaudinn άποδεικνύει, ότι έντός τοϋ έντέρου τοϋ άνθρώπου ύπάρχουν δύο άμοιβάδες : ή πρώτη είναι όμοία με την ύπό τοϋ I.öschl περιγραφείσαν. Αϋτη προκαλεί έξελκώσεις τοϋ έντέρου και μολύνει την γαλήν. Πειραματιζόμενος έπί τοϋ έαυτοϋ του, κατόπιν καταπόσεως παθογόνων άμοιβάδων, έμφανίζει συχνάς κρίσεις όξειας δυσεντερίας και μετά 4 έτη άποθνήσκει έξ άποστήματος τοϋ σιγμοειδοϋς.

Ή δευτέρα άμοιβάς δέν εισβάλλει έντός τών ιστών, δέν προκαλεί άνατομικές βλάβας, δέν μολύνει την γαλήν. Ή πρώτη, ή παθογόνος, καλείται *Entamoeba histolytica*, ή δέ δευτέρα, ή μη παθογόνος, *Entam. coli*.

Μεταγενεστέρως άλλοι έρευνηται όχι μόνον έπιβεβαίωσαν τ' άνωτέρω, άλλά και περιέγραψαν άλλας άμοιβάδας μη παθογόνους. Οϋτω τό 1911—12 ό Prowazek περιγράφει την *Pseudolimax Iodamoeba bütschlii*, τό 1917 οί Wenyon και O'Connor την *Endolimax nana*, τό δέ 1918 οί Jerps και Dobell την *Dientamoeba fragilis*.

*Όσον άφορᾷ τόν παθογόνον ρόλον της *Entam. histolytica*, οϋδεμία πλέον άμφιβολία άπέμενεν. Τό μόνον εισέτι σκοτεινόν σημείον ήτο ό τρόπος της μολύνσεως διά της άμοιβάδος ταϋτης, και κυρίως δέν είχε διευκρινηθῆ ό ρόλος τών κ υ σ τ ε ω ν.

Τό 1907 ό Viereck διαπιστώνει, ότι αι κύστεις αι άνευρισκόμεναι εις τās κόπρανα παλαιών δυσεντερικών έχουν ίδίαν μορφολογίαν. Οϋτως ή άμοιβάς έγκυστοϋται, ή δέ κύστις αϋτη οϋδέποτε περιέχει περισσοτέρους τών τεσσάρων πυρήνων. Διαπράττει δμως τό σφάλμα ν' άποδώσῃ τās κύστεις αϋτās

οὐχί εἰς τὴν ἱστολυτικὴν παθογόνον, ἀλλὰ εἰς μίαν ποικιλίαν ταύτης, τὴν ὁποῖαν ὀνομάζει *Entam. tetragena*.

Ὁ Walker, τὸ 1911, δίδει τὴν ὀρθὴν ἐρμηνείαν. Ἀποδεικνύει ὅτι ἡ *Entam. histolytica* καὶ *Entam. tetragena* δὲν εἶναι δύο διαφορετικαὶ ἀμοιβάδες, ἀλλὰ δύο διάφοροι μορφαὶ μιᾶς καὶ τῆς αὐτῆς ἀμοιβάδος, τῆς *Entamoeba dysenteriae*.

Κατὰ τὰς ὀξείας κρίσεις ἀνεύρισκεται εἰς τὰ κόπρανα ἡ *Entam. dysenteriae*, μορφή *histolytica*, ἐνῶ μετὰ τὴν ἴασιν τῆς δυσεντερίας ἀνεύρισκεται, ὑπὸ τὴν μορφήν τῶν κύστεων, ἡ *Entam. dysenteriae*, μορφή *tetragena*. Αἱ δύο αἰτίαι, ἐπομένως, μορφαὶ ἀντιστοιχοῦν εἰς δύο διάφορα στάδια ἐξελίξεως μιᾶς καὶ τῆς αὐτῆς ἀμοιβάδος, τὸ λίαν ἢ οὐδόπως παθογόνον.

Σύντομος περιγραφή τῆς ἀμοιβάδος. Ὡς γνωστόν, τὸ πρωτόζωον τοῦτο εἶναι μονοκύτταρος ὄργανισμός. Ἀποτελεῖται κυρίως ἀπὸ πρωτόπλασμα περιλαμβάνον ἓνα ἢ περισσότερους πυρήνας. Περιλαμβάνει μίαν ἐξωτερικὴν μοῖραν — τὸ ὑαλόπλασμα — καὶ μίαν ἐσωτερικὴν — τὸ ἐνδόπλασμα. Τὰ πρωτόζωα — παράσιτα, ἐν ἀντιθέσει μὲ τὰ ἐλεύθερα τοιαῦτα, δὲν ἔχουν ἀνθεκτικὴν μεμβράνην. Ἀποκτοῦν τοιαύτην ἐκεῖνα τὰ ὁποῖα εἶναι ἱκανὰ γὰρ ἐγκυστώθουν καὶ νὰ προσλάβουν τὴν μορφήν κύστεως.

— Τὸ ὑαλόπλασμα, ἡ ἐξωτερικὴ μοῖρα τοῦ πρωτοπλάσματος, ἐξασφαλίζει τὴν κινητικότητα τοῦ πρωτοζώου προβάλλουσα τοὺς ψευδοπόδας, οἵτινες χρησιμεύουν καὶ ὡς σημεῖον διαφορικῆς διαγνώσεως εἰς τὴν ταξινόμησιν τῶν πρωτοζώων. Οὗτοι αὐξάνουν εἰς μέγεθος, λαμβάνουν σχῆμα δακτύλου, ἐντὸς τοῦ ὁποίου προβάλλει τὸ κοκκιῶδες ἐνδόπλασμα. Χάρις εἰς τὴν ταχείαν κίνησιν τῶν ψευδοπόδων, τὸ πρωτόζωον ἀποκτᾷ τὴν χαρακτηριστικὴν «ἀμοιβαδοειδῆ κίνησιν» τῶν ριζοπόδων. Τὸ ὑαλόπλασμα ἐξασφαλίζει ἐπὶ πλέον τὴν ἀνίχνευσιν καὶ πέψιν τῶν τροφῶν, τὴν ἔκκρισιν, τὴν ἀναπνοὴν ὡς καὶ τὴν ἀμυναν τοῦ πρωτοζώου.

— Τὸ ἐνδόπλασμα ἀποτελεῖ τὸ μεγαλύτερον μέρος τοῦ πρωτοζώου, ἔχει δὲ σχέσιν μὲ τὴν θρέψιν, περιλαμβάνει κενोटόπια καὶ τὴν θεμελιώδη σύστασιν τοῦ κυττάρου — τὸν πυρήνα — ὅστις συμμετέχει εἰς τὸν κυτταρικὸν πολλαπλασιασμόν καὶ οὕτως, ἐκτὸς τοῦ ὅτι ἐξασφαλίζει τὴν ζωὴν τοῦ πρωτοζώου, συμμετέχει σπουδαίως καὶ εἰς τὴν ἀναπαραγωγὴν του. Εἰς πολλὰ πρωτόζωα, ἐξ ἄλλου, χρησιμεύει καὶ ὡς τὸ κύριον στοιχεῖον διὰ τὴν διαφορικὴν μορφολογικὴν διάγνωσιν μεταξὺ ἄλλων ἀναλόγων εἰδῶν.

Τὰ παρασιτικά πρωτόζωα ἔχουν ἀναερόβιον ἀναπνοὴν. Τὰς ἐντὸς τοῦ πρωτοπλάσματος τῶν συνθέτους ὀργανικὰς οὐσίας τὰς μετατρέπουν εἰς ὑπλουστέρας καὶ οὕτω, χάρις εἰς τὴν ἐπεξεργασίαν ταύτην, ἀπελευθεροῦνται τὸ ἀπαραίτητον διὰ τὴν ἀναπνοὴν ὀξυγόνον. Ἴνα τραφῇ, ἐξ ἄλλου, συλαμβάνει διὰ τῶν ψευδοπόδων τὰς τροφάς.

Τὰ παθογόνα πρωτόζωα ἐκκρίνουν ἔνζυμα, αἰμολυσίνας, κυτταρολυτικὰς οὐσίας, τοξίνας κλπ. Ἐκ τούτων ἄλλα μὲν ἔνζυμα χρησιμεύουν διὰ τροφήν, ἄλλα δὲ ἐκκρίσεις, τοῦναντίον, προκαλοῦν τὰ κλινικὰ φαινόμενα

της εις τόν ξενιστήν δημιουργουμένης νόσου. Ἡ ιστολυτικὴ ἀμοιβὰς προσκολληθὲς ὑπολείμματα τροφῶν εις τοὺς ψευδοπόδας, διὰ τῶν τοξινῶν της παραλύει ζῶντας ὄργανισμούς οὓς χρησιμοποιεῖ διὰ τροφήν, τὰς τροφὰς ταύτας ἐγκλείει ἐντὸς τοῦ κυτοπλάσματος, τὰς πέπτει διὰ τῶν ἐνζύμων της καὶ δημιουργεῖ οὕτω τὰ τοιχώματα, ἅτινα περιβάλλουν τὰς κύστεις.

Δι' αἰμολυτικῶν καὶ κυτταρολυτικῶν οὐσιῶν καταστρέφει τὰ ἐρυθρὰ αἰμοσφαίρια, προκαλεῖ νεκρώσεις τῶν ἱσθῶν καὶ δημιουργεῖ οὕτω τὸ δυσεντερικόν σύνδρομον ὡς καὶ τὰς ἄλλας κλινικὰς ἐκδηλώσεις τῆς ἀμοιβαδωσεως. Ἡ παρουσία, ἐξ ἄλλου, ἀντισωμάτων εις τὸν ὄρον τῶν πασχόντων, ἀποδεικνύει τὴν ὑπαρξιν τῶν στοιχείων ἐκείνων, ἅτινα ἀποσυνθέτει καὶ παράγει ἡ ἀμοιβὰς.

Ὑπενθυμιζομεν ἀπλῶς, ὅτι ἡ ἀναπαραγωγὴ τῶν πρωτοζῶων εἶναι εἴτε ἀφυλος εἴτε φυλετικὴ. Τὸ πρωτοζῶον, δι' ἀπλῆς διαιρέσεως, ὑποδιαιρεῖται εις δύο, μικροτέρας τῆς ἀρχικῆς, μονάδας, αἵτινες ἀξάνουν μέχρις ὅτου λάβουν τὸ μέγεθος τοῦ προγόνου, ὅστις ἐξαφανίζεται. Ἡ διαιρέσις ἄρχει διὰ τοῦ πυρήνος καὶ τερματίζεται διὰ τοῦ κυτοπλάσματος.

Ἡ μετάπτωσις εις κύστιν εἶναι συνήθης εις πολλὰ εἶδη πρωτοζῶων. Ἡ φυτικὴ μορφή ἀκίνητοποιεῖται, λαμβάνει σχῆμα στρογγύλου, ἀποβάλλει τὰς περιεχομένας τροφὰς καὶ σχηματίζει περίεξ αὐτῆς μίαν κυστικὴν μεμβράνην περιβάλλουσαν τὸ κυτόπλασμα. Ὁ πυρὴν διαιρεῖται εις δύο ἢ περισσοτέρους πυρήνας, οἵτινες ἐξελλισσονται εις δύο ἢ περισσότερα κύτταρα πρὶν ἢ ἀποβληθῆ ἢ κυστικὴ μεμβράνη ἢ μετὰ τὴν ἀποβολὴν ταύτης (*Entam. histolytica* καὶ *colii*). Εἰς τὴν περίπτωσιν ταύτην ἡ ἐγκύστωσις πληροῦ διπλοῦν ρόλον: τὸν τῆς ἀναπαραγωγῆς καὶ προστασίας.

α) Ἡ *Entamoeba histolytica* εἶναι ὄργανισμὸς κατὰ τὸ μᾶλλον ἢ ἥττον στρογγύλος, διαμέτρου 15—60 μ, μὲ μέσον ὄρον 18 · 25 μ. Κατὰ τὸν Dobell ὑπάρχουν φυλαὶ μεγάλαι ἢ μικραὶ, αἵτινες παράγουν καὶ ἀναλόγους κύστεις. Εἰς πρόσφατα κόπρανα τὸ παράσιτον τοῦτο δὲν περιέχει βακτηρίδια, ἀνευρίσκονται ὅμως τοιαῦτα ἐν τῷ ἐνδοπλάσματι νεκρῶν ἢ ἐκφυλισθεισῶν μορφῶν. Ἡ παρουσία, ἐξ ἄλλου, ἐρυθρῶν αἰμοσφαιρίων ἐν τῷ ἐνδοπλάσματι εἶναι παθολογικὴ καὶ ἐπιτρέπει νὰ διακρίνη τις τὴν ιστολυτικὴν ἀπὸ τὴν *colii*, ἣτις ἐξαιρετικῶς σπανίως περιέχει τοιαῦτα. Οἱ ψευδοπόδες εἶναι λεπτοὶ καὶ ἐπιμήκεις ἢ βραχεῖς καὶ πλατεῖς. Ἐκτείνονται ταχύτατα καὶ ἡ κίνησις τῆς ἀμοιβάδος εἶναι οὕτω λίαν ταχεῖα. Ὅσον ψύχονται τὰ κόπρανα, τόσον καὶ ἐπιβραδύνονται αἱ κινήσεις τῆς ἀμοιβάδος, ἕως ὅτου ἐξαφανίζονται τελείως, ὁπότε ἡ ἀμοιβὰς γίνεται στρογγύλη καὶ ἀποθνήσκει. Ἀνευρίσκεται κυρίως εις τὴν ἐντερικὴν βλένναν καὶ τὰ ὕδαροὺς συστάσεως κόπρανα.

β) Π ρ ο κ ὑ σ τ ε ι ς. Ἴνα μεταπέση εις τὴν μορφήν ταύτην, ἡ ιστολυτικὴ ἀμοιβὰς ἀκίνητοποιεῖται, λαμβάνει σχῆμα στρογγύλου, σμικρύνεται εις μέγεθος καὶ ἀποβάλλει τὰς περιεχομένας τροφὰς.

Αί προκύστες αὐταὶ ἐμφανίζονται ὡς στρογγύλαι ἢ ἐλαφρῶς ῥοειδεῖς καὶ παρὰ τὸ γεγονός ὅτι στεροῦνται κινητικότητος, μολαταῦτα προβάλλουν, βραδέως, βραχεῖς καὶ εὐρεῖς ψευδόποδας, τοὺς ὁποίους καὶ ἀποσύρουν ἐξ ἴσου βραδέως. Περιέχουν ἓνα πυρήνα ὑπὸ μορφήν κιτρίνων κοκκίων, κυκλικῶς τεταγμένων. Εἶναι τὸ ἐνδιάμεσον στάδιον, πρὸ τῆς ἐγκυστώσεως, καὶ ἡ φάσις λαμβάνει χώραν μόνον ἐντὸς τοῦ ἐντερικοῦ αὐλοῦ, οὐδέποτε ἐκτὸς τοῦ ξενιστοῦ.

γ) Κύστεις. Αἱ ὄριμοι περιέχουν 4 πυρήνας, σπανιώτατα 8. Ὑπάρχουν ἐνδιάμεσα στάδια μεταξὺ προκυστικής μορφῆς καὶ ὀρίμου κύστεως, γνωστά ὡς ἄωροι κύστεις, περιέχουσαι 2 ἢ 3 πυρήνας. Αἱ κύστεις εἶναι στρογγύλαι μετὰ κυστικῆς μεμβράνης, ἀκίνητοι καὶ δὲν τρέφονται. Τὸ μέγεθός των ποικίλλει ἀπὸ 3,5 - 12 μ διαμέτρου εἰς τὰς μικρὰς μορφάς, 12 - 20 μ εἰς τὰς μεγάλας τοιαύτας. Εἰς τὰς ἄωρους κύστεις παρατηροῦνται ῥοειδῆ ἢ στρογγύλα σωματῖα, γνωστά ὡς χρωματοειδῆ σωματῖα, ἅτινα ἐξαφανίζονται εἰς τὰς ὄριμους κύστεις. Ὁ πυρὴν παρουσιάζει διαφορὰς τινὰς εἰς τὰς ὄριμους καὶ ἄωρους κύστεις, αἵτινες ἐπιτρέπουν νὰ διακρίνηται, ὡσάκις ὁ ἀριθμὸς τῶν πυρήνων ἐγείρη ἀμφιβολίας, ἐάν πρόκειται περὶ ἱστολυτικῆς ἀμοιβάδος ἢ colί.

Οὕτως, ἐάν ἡ κύστις εἶναι μικρά, καὶ οἱ 4 πυρήνες θὰ εἶναι μικροὶ καὶ ἴσου μεγέθους, ὁπότε πρόκειται σχεδὸν πάντοτε περὶ κύστεως ἱστολυτικῆς ἀμοιβάδος.

Ἐάν, ὅμως, οἱ 4 πυρήνες εἶναι διαφόρου μεγέθους καὶ σχήματος, πρόκειται πιθανώτατα περὶ ἄωρου κύστεως, ἥτις, ὅταν ὀρίμασῃ, θὰ ἔχη 8 πυρήνας καὶ θὰ πρόκειται ἐπομένως περὶ κύστεως Entam. colί. Τὸ κυστικὸν περίβλημα, ὅπερ ἐκκρίνεται ὑπὸ τοῦ πρωτοζώου, χρησιμεύει ἕνα προστατεύη τοῦτο ἀπὸ περιβάλλον μὴ εὐνοοῦν τὴν ἀναπαραγωγὴν.

Κατὰ τὸ στάδιον τοῦτο, ὡς θὰ ἴδωμεν, μόνον μερικὴ ἀναπαραγωγὴ λαμβάνει χώραν. Ἡ διαίρεσις δὲν προχωρεῖ πέραν τοῦ σχηματισμοῦ ἐντὸς τῆς κύστεως τῶν 4 πυρήνων. Ἡ κύστις ἀνευρίσκειται ἐντὸς τοῦ ἐντερικοῦ αὐλοῦ καὶ τῶν ἐσχηματισμένων κοπράνων, διὰ ταύτης δὲ λαμβάνει χώραν καὶ ἡ ἀναμετάδοσις εἰς ἄλλα ἄτομα.

δ) Μετακύστεις. Ὅταν ἡ κύστις τῆς ἱστολυτικῆς ἀμοιβάδος φθάσῃ εἰς τὴν τελικὴν μοῖραν τοῦ εἰλεοῦ, ἀποβάλλει τὸ κυστικὸν περίβλημά της καὶ ἐλευθεροῦται οὕτως ἐν τροφοζωτίδιον περιέχον 4 πυρήνας. Διαιρεῖται, ἐν συνεχείᾳ, εἰς τέσσαρα τροφοζώϊδα — ἐν δι' ἕκαστον πυρὴνα — ἅτινα αὐξάνουν εἰς μέγεθος,

καί εισβάλλουν ἐντός τοῦ ἐντερικοῦ τοιχώματος, ὥστε νά δυνηθοῦν νά συνεχίσουν τήν ἀνάπτυξιν των.

* * *

Ἡ δυσεντερική ἀμοιβάς δέν ἔχει ἐλευθέραν ἐπιβίωσιν, ἀλλά ζῆ ἀναποσπάστως συνδεδεμένη μετὰ τοῦ ἐντέρου, καί μάλιστα ἐντός τῆς τελικῆς μοίρας τούτου. Ὅταν ἀποβάλλωνται αἱ αὐθεντικαί μορφαί — αἱ κύστεις —, αὐταί οὐδεμίαν ὑφίστανται ἐξέλιξιν. Ἀπλῶς ζοῦν εἰς τόν ἐξωτερικόν κόσμον ὅσον καί ἐφ' ὅσον εὐρίσκουν τούς καταλλήλους πρὸς τοῦτο ὄρους ὕγρασις ἢ θερμότητος, δι' ὃ καί τό πλεον εὐνοϊκόν κλίμα εἶναι τό τῶν θερμῶν χωρῶν.

Ἡ μόλυνσις λαμβάνει χώραν διὰ τῆς καταπόσεως τῶν κύστεων. Ἐντός τοῦ ἐντερικοῦ αὐλοῦ ἡ ἐκ τῆς κύστεως προερχομένη ἀμοιβάς — ἡ φυτική ἀμοιβάς ἢ *Eptam. tetragena* — τρέφεται μέ ὑπολείμματα διαφόρων τροφῶν καί μέ βακτηρίδια, αὐξάνει εἰς μέγεθος, χωρίζεται δι' ἀποσχίσεως καί ἐγκυστοῦται. Ἡ ἀμοιβάς αὕτη οὐδεμίαν παθογόνον δράσιν ἔχει, οὐδεμίαν τοξικὴν ἐπίδρασιν ἐρεθιστικὴν ἢ καταστρεπτικὴν ἐπὶ τοῦ ἀτόμου ὅπερ τήν φιλοξενεῖ, ὅπως ἐξ ἄλλου καί τό ἄτομον οὐδόλως ἐπιδρᾷ ἐπὶ ταύτης. Ἡ σαπροφυτικὴ αὕτη κατάστασις — ἐπὶ τῶν κοπράνων καί τῆς ἐντερικῆς βλέννης — τῆς ὑπὸ μορφήν *tetragena* δυσεντερικῆς ἀμοιβάδος, εἶναι θαυμασίως ἀνεκτή, ἔχει δέ ὡς μόνην ἐκδήλωσιν τήν ἐντός τῶν κοπράνων παρουσίαν τῶν ἀμοιβάδων αὐτῶν καί τῶν κύστεων. Ἡ κατάστασις αὕτη δυνατὸν νά διαρκέσῃ ἐπὶ μακρὸν — ἡ ἀναπαραγωγὴ τῶν ριζοπόδων εἶναι ἀπεριόριστος — δέν διακόπτεται δὲ παρά ἐάν ἐπέλθῃ ἐκφύλισις τῶν κύστεων, ἰδίως ἐάν δέν ἀνανεωθῇ ἐκ τῶν ἐξω ἢ προσφορὰ εἰς κύστεις, ἧτις καί θά δώσῃ νέαν ζωὴν.

Ἡ τοιαύτη σαπροφυτικὴ καί ἀκίνδυνος κατάστασις δυνατὸν νά μεταβληθῇ ἄρδην. Μία εὐαισθησία τοῦ βλεννογόνου, ἐλάττωσις τῆς ἀντιστάσεως, λύσις συνεχείας λόγῳ οἰασθῆποτε αἰτίας, μετατρέπουν τήν ἀθῶαν σαπροφυτικὴν κατάστασιν εἰς ἐπικίνδυνον νόσον. Καί ἐφ' ὅσον τό τοίχωμα τοῦ κόλου δέν ἀμύνεται, τό παράσιτον θά διέλθῃ μέσῳ τούτου καί θά τό κατακλύσῃ. Ἐάν ἡ προσβολὴ τοῦ τοιχώματος εἶναι βραχείας διαρκείας καί σπανίως ἐπαναλαμβανομένη, καί ἡ ἀνατομικὴ βλάβη θά εἶναι μικρά. Ἀλλὰ καί ἡ κλινικὴ ἐκδήλωσις ταύτης θά εἶναι βραχείας διαρκείας, ἀβληχρά, ἐνίστε μὴ γινομένη καὶ ἀντιληπτὴ, ἀνευ ὑποτροπῆς.

Κάθε ὅμως προσβολὴ τοῦ ἐντερικοῦ βλεννογόνου προκαλοῦσα σοβαρὰς βλάβας, αἰτινες τὸν καθιστοῦν εὐθρυπτον, εὐνοεῖ μίαν

συνεχῶς ἐπαναλαμβανομένην διείδουσιν τῆς ἀμοιβάδος. Ἐξ οὗ διαρκῆς καὶ παρατεταμένη ἐξέλιξις ἢ ταχέως ὑποτροπιάζουσα ἐντερικὴ ἀμοιβάδωσις. Μία δὲ γενικὴ μείωσις τῆς ἀντιστάσεως τοῦ ὀργανισμοῦ προκαλουμένη ἐξ ἄλλων νόσων ἢ καταστάσεων—σύφιλις, ἐλονοσία, ἀλκοολισμὸς — εὐνοεῖ ἔτι περισσότερον τὴν ἐξέλιξιν τῆς ἀμοιβαδῶσεως.

Ἄλλοτε πάλιν εἶναι ἀδύνατος ἡ διαπίστωσις τοῦ προκαλοῦντος αἰτίου, ἰδίως εἰς εὐκρατὰ κλίματα—μὴ ἀποικιακὰ—ὅπου ἡ νόσος ἔχει καλοῦθῃ συνήθως ἐξέλξιιν. Εἰς τοιαύτας περιπτώσεις πιθανόν τὸ σαπρόφυτον νὰ μεταβάλλεται εἰς παθογόνον καὶ ἢ σαπροφυτικὴ κατάστασις εἰς «νόσον· ἀμοιβάδωσιν» (Blanc καὶ Siguiet). Ἡ ἱστολυτικὴ ἀμοιβάς εἶναι μία ἐκφυλισθεῖσα καὶ νοσοῦσα μορφή ἐφ' ὅσον δὲν ἐγκυστοῦται. Ὡς ἐκ τούτου, ὡς μειωμένης ζωτικότητος, πιθανόν νὰ ἐπιζητῆ τὴν προστασίαν τῶν ἰσθῶν. Γεγονὸς πάντως εἶναι, ὅτι ἡ μετάπτωσις ἀπὸ τοῦ παρασιτισμοῦ εἰς τὴν νόσον εἶναι ταχυτάτη.

Ἡ ἱστολυτικὴ ἀμοιβάς προκαλεῖ νέκρωσιν τοῦ ἐντερικοῦ τοιχώματος καὶ τὴν ἐκεῖ δημιουργίαν ἐξελκώσεως, εἰς τὴν ἐντόπισιν τῆς ὁποίας καὶ ὀφείλονται αἱ κλινικαὶ ἐκδηλώσεις καὶ λειτουργικαὶ διαταραχαὶ τῆς τε ὄξεως καὶ χρονίας ἀμοιβαδῶσεως, ὡς καὶ αἱ ἐπιπλοκαὶ ταύτης. Ἡ ἐξέλκωσις αὕτη ρυθιζει καὶ τὴν φυσιοπαθολογίαν τῆς ἀμοιβαδῶσεως. Χωρὶς τὰς κινητικὰς, ἐκκριτικὰς, αἰσθητικὰς κλπ. διαταραχὰς τῆς δὲν εἶναι δυνατὸν νὰ ὀμιλήσῃ τις περὶ γενικῆς νόσου. Ἡ ἀμοιβάς παραμένει ἐντὸς τοῦ ἐντερικοῦ τοιχώματος. Δύναται ὅμως διὰ τῆς πυλαίας νὰ μεταφερθῆ εἰς τὸ ἥπαρ, ὅπου καὶ προκαλεῖ νεκρώσεις. Ἐὰν τὸ ἥπαρ δὲν κατορθῶσῃ νὰ ἐξουδετερώσῃ τὴν ἀμοιβάδα καὶ τὰς τοξίνας τῆς ἢ τὰ συνοδά μικρόβια, ὑπάρχει πρὸς τοῦτο δεύτερος σταθμὸς· ἡθμός: ὁ πνεύμων. Ἐντὸς τοῦ πνευμονικοῦ παρεγχύματος, ἐκ τῆς ἀμέσου ἐπαφῆς τῆς ἀμοιβάδος, προκαλοῦνται φαινόμενα κυτταρικῆς νεκρώσεως: τὸ πνευμονικὸν ἀμοιβαδικὸν ἀπόστημα. Ἐὰν κατορθῶσῃ νὰ διέλθῃ καὶ τὸ ἐμπόδιον τοῦτο, τότε ἡ ἀμοιβάς θὰ δημιουργήσῃ ἀπόστημα, ἐκεῖ ὅπου ἤθελε μεταφερθῆ, ὅπου καὶ συνήθως διακόπτεται ὁ παθογόνος ρόλος αὐτῆς, ἐφ' ὅσον ἡ ἀμοιβαδαίμια εἶναι οὐσιαστικῶς ἀνύπαρκτος.

Ὅταν δι' οἰονδήποτε λόγον—θεραπεῖα κλπ.— ἡ ἱστολυτικὴ ἀμοιβάς μεταπέσῃ εἰς κυστικὴν κατάστασιν, ἢ παθολογικὴν κατάστασιν τοῦ κόλου παύει ἐξελισσομένη καὶ ἡ κλινικὴ εἰκὼν τῆς ἀμοιβαδῶσεως ἐξαφανίζεται. Αἱ ἐξελκώσεις ἐρημοῦνται παρασίτων, ἐπουλοῦνται καὶ μεταπίπτομεν οὕτως ἐκ νέου εἰς τὴν σαπροφυτικὴν κατά-

στασιν. Ὑπάρχουν οὕτω ἄτομα —μὴ νοσοῦντα—, εἰς τὰ κόπρανα ὁμῶς τῶν ὁποίων ἀνευρίσκονται ἀμοιβάδες tetragena καὶ κύστεις μὲ 4 πυρήνας. Εἶναι οἱ λεγόμενοι «ὕγιεις φορεῖς», μὲ τοὺς ὁποίους θ' ἀσχοληθῶμεν ἐκτενέστερον κατωτέρω.

Βιολογικὸς κύκλος τῆς ἀμοιβάδος. Ἡ λοίμωξις λαμβάνει χώραν διὰ καταπόσεως μεμολυσμένων τροφῶν ἢ ὕδατος. Εἰς τὴν ἐλευθέραν αὐτῆς μορφήν, ἡ ἱστολυτικὴ ἀμοιβὰς, ἐξω τοῦ ξενιστοῦ, ἀποθνήσκει. Καὶ ἐὰν καταποθῆ εἰς τὴν κατάστασιν ταύτην, καταστρέφεται συνήθως ἐντὸς τοῦ στομάχου. Ζῆ ἐντὸς τοῦ ἐντέρου καὶ ἐντὸς τῶν ἱστών, προτιμῶσα κυρίως τὸ παχὺ ἔντερον, οὐχὶ ὁμῶς σπανίως ἀνευρίσκεται εἰς τὴν τελικὴν μοῖραν τοῦ εἰλεοῦ καὶ ἐντὸς τῆς σκωληκοειδοῦς ἀποφύσεως. Ἄλλὰ καὶ ἐντὸς τοῦ ἐντέρου δὲν δύναται νὰ ζήσῃ ἐπὶ πολὺ, ἐὰν δὲν εἰσέλθῃ ἐντὸς τῶν ἱστών, ὅπου προκαλεῖ μικροσκοπικὰς ἀλλοιώσεις. Ὁ Craig παρατήρησεν εἰς νεκροτομάς, ὅτι τὸ παράσιτον τοῦτο ἀνευρίσκετο πάντοτε ὑπὸ τὸν βλεννογόνον, ὑποβλεννογόνιον ἢ μυϊκὸν χιτῶνα τοῦ κόλου. Ἡ δὲ τοιαύτη ἐξέτασις φαινομενικῶς ὕγιων ἐντέρων ἀπεκάλυπτε τὴν ὑπαρξίν ἀμοιβαδικῶν φωλεῶν ὑπὸ τὸν βλεννογόνον. Τὰ εὐρήματα ταῦτα ἐξηγοῦν τὴν ἀπουσίαν κλινικῶν ἐκδηλώσεων εἰς πολλὰς περιπτώσεις ἀμοιβαδώσεως, δὲν ἐνισχύουν ὁμῶς τὴν θεωρίαν κατὰ τὴν ὁποίαν δύναται νὰ ζήσῃ ἐπὶ πολὺ ἐντὸς τοῦ ἐντέρου χωρὶς νὰ διεισδύσῃ ἐντὸς τῶν ἱστών. Ἐντὸς τούτων ἡ ἀμοιβὰς τρέφεται διὰ κυττάρων, ἅτινα καταστρέφει χάρις εἰς λυτικὰ ἔνζυμα. Ζῆ οὕτω καὶ πολλαπλασιάζεται εἰς βάρος τῶν ἱστών τοῦ ξενιστοῦ, ὅστις μολαταῖα ἀνέχεται τὸ παράσιτον τοῦτο, ἀνευ σημαντικῶν ζημιῶν. Τὸ στάδιον αὐτὸ τῆς μὴ προσβολῆς τῆς ὕγιαιος τοῦ ξενιστοῦ εἶναι συνήθης κατάστασις. Ἐχομεν οὕτω τὸν λεγόμενην «ὕγιᾶ φορέα», ὅστις ἀποκαλύπτεται ὅταν θ' ἀνευρεθοῦν αἱ κύστεις εἰς τὰ κόπρανά του. Εἶναι ὁμῶς οὗτος λίαν ἐπικίνδυνος, διότι διασπείρει καὶ ἐξασφαλίζει τὴν ἀναμόλυνσιν εἰς ἄλλα ἄτομα.

Ἐν τῇ πραγματικότητι ὁμῶς ὑπάρχουν γνήσιοι «ὕγιεις» φορεῖς; Ἡ ἢ κατάστασις αὕτη δὲν εἶναι παρά ἓν πρόσκαιρον στάδιον σαπροφυτικῆς καταστάσεως;

Ἐὰν ἐρευνήσωμεν τὸ παρελθὸν τῶν φορέων αὐτῶν, θ' ἀνεύρωμεν, ἀρκετὰ συχνά, ἓν ἐπεισόδιον δυσεντερίας, κατὰ τὸ ὁποῖον εἶχον ἀνευρεθῆ καὶ ἱστολυτικαὶ ἀμοιβάδες. Ἐν συνεχείᾳ, τὰ ἐνοχλήματα ὡς καὶ αἱ αἱματοφάγοι ἀμοιβάδες ἐξηφανίσθησαν. Τὸ ἄτομον αὐτὸ παρουσιάζει, ἀπὸ καιροῦ εἰς καιρὸν, εἰς τὰ κόπρανά του κύστεις. Δὲν ἀποκλείεται οὕτω μελλοντικῶς, ἐὰν εὐρεθοῦν εὐνοϊκοί

καί κατάλληλοι ὄροι, νά ὑποτροπιάση, ὅποτε θ' ἀνεύρωμεν καί πάλιν τὸ παθογόνον παράσιτον. "Ἄλλοτε πάλιν ὁ δὴθεν ὕγιης φορεὺς ἔσχε τοιοῦτον δυσεντερικὸν ἐπεισόδιον, τὸ ὁποῖον, λόγῳ τῆς ἀβλη-
χρότητός του, δὲν ἐνθυμεῖται ἢ δὲν ἀντελήφθη καί οὕτως ἐμφανίζε-
ται ὡς ἀπλοῦς, μηδέποτε προσβληθεὶς, φορεὺς.

Κλινικῶς, βεβαίως, ἔχομεν τοιοῦτους γνησίους φορεῖς, ἀνευ συμπτωμάτων. Οὕτως οἱ Marion καὶ Sweetsir ἐξήτασαν 1000 ὕγιεις στρατιώτας, ἐπανελθόντας εἰς Ἀμερικὴν ἐκ διαφόρων πολεμικῶν μετώπων. Εἰς 168 ἐκ τούτων ἀνεῦρον ἀμοιβάδας. Εἰς ἀναλογίαν 76,2% ἐπρόκειτο περὶ φορέων ἀνευ κλινικῶν ἐκδηλώσεων. Οἱ 20,2% εἶχον μίαν χρονίαν δυσεντερίαν, μόνον δὲ 3,6% ὄξειαν τοιαύτην. "Ἄλλαι, ἀνάλογοι στατιστικά, ἐπιβεβαιοῦν τὴν ὑπαρξιν τοιούτων φορέων.

Ὁ διαχωρισμὸς ὁμῶς οὗτος εἰς γνησίους ἀμοιβαδικούς «ὕγιεις» φορεῖς ὁσημέραι δὲν γίνεται δεκτός. Καί τοῦτο, διότι αἱ παθολο-
γοανατομικαὶ ἐξετάσεις ἀποκαλύπτουν καί εἰς τοὺς φορεῖς τού-
τους ἐξελεκώσεις, ἐντὸς τῶν ὁποίων ἀνευρίσκονται ἀμοιβάδες. Τὰ
ἄτομα ἐπομένως αὐτὰ εἶναι ἐπικίνδυνα καί δι' ἄλλους, ἀλλὰ καί
διὰ τὸν ἑαυτὸν των, δεδομένου ὅτι ἡ σαπροφυτικὴ αὕτη κατάστα-
σις ταχύτατα δύναται νά μεταπέση εἰς παθογόνον. Θὰ πρέπη, ἐπομέ-
νως, καί αὐτοί, ἅμα τῇ ἀποκαλύψει των, νά ὑποβάλλωνται εἰς τὴν
ἐνδεδειγμένην θεραπείαν.



Ἡ ἐξέλιξις τῆς ἀμοιβάδος ἀκολουθεῖ δύο κύκλους :

α) Τὸν φυσιολογικόν.

β) Τὸν παθογόνον ἢ ἀνώμαλον.

α) Ἡ κύστις, δταν καταποθῆ ὑπὸ τοῦ ἀνθρώπου, διέρχεται τὸν
στόμαχον καὶ φθάνει ἐντὸς τοῦ ἐντέρου, παρὰ τὴν τελικὴν μοῖραν τοῦ
εἰλεοῦ. Ἐκεῖ ὕφίσταται τὴν πρώτην ἀλλαγὴν. Ὑπὸ τὴν ἐπίδρασιν τῶν παγ-
κρεατικῶν, ἰδίως, ὕγρων, τὸ κυστικὸν περίβλημα διασπᾶται καὶ ἀπελευθε-
ροῦται οὕτω μία ἀμοιβὰς μὲ 4 πυρῆνας. Ἐκεῖ τὸ μετακυστικὸν τοῦτο τρο-
φοζωίδιον δι' ἀμέσου διαίρεσεως δίδει τέσσαρας ἀμοιβάδας. (Κατὰ τινὰς
συγγραφεῖς, οἱ 4 πυρῆνες διαιροῦνται πρῶτοι καί τὸ μετακυστικὸν ἐμπύρη-
νον τροφοζωίδιον διαιρεῖται εἰς ὀκτώ. "Ἐχομεν οὕτω μίαν ἀμοιβάδα μὲ 8
πυρῆνας. Κάθε πυρὴν περιβάλλεται ὑπὸ πρωτοπλάσματος, ὅποτε θὰ ἔχομεν
8 μικρὰς ἀμοιβάδας. Αἱ ἀμοιβάδες αὗται μεταφέρονται ἐντὸς τοῦ τυφλοῦ,
8 μίαν ὅπου τρέφονται μὲ ὑπολείμματα τροφῶν καί μὲ διάφορα βακτηρίδια. Ζοῦν
οὕτω, διαιρούμεναι, ἐπὶ τῆς ἐπιφανείας τοῦ ἐντέρου. Κατόπιν ἐνὸς ὄρισμέ-
νου ἀριθμοῦ διαίρεσεων ὕφίστανται δευτέραν μεταλλαγὴν : διαιροῦνται ἐκ
νέου, ἀποβάλλουν κάθε περιεχομένην τροφήν, γίνονται προκύστες, ὁ πυρὴν
διαιρεῖται εἰς 4 πυρῆνας καί ἔχομεν οὕτω τὴν ὄριμον κύστιν. Αὕτη δὲν
δύναται ν' ἀποβάλλῃ ἐκ νέου τὸ κυστικὸν τῆς περιβλήμα, ἀλλὰ θ' ἀποβληθῇ

τοῦ ἐντέρου μετὰ τῶν κοπράνων, ὥστε νά συμπληρώσῃ τὸν κύκλον τῆς. Ἡ ἀποβολὴ αὕτη τῶν κύστεων ἐρμηνεύει ἤδη μίαν σαπροφυτικὴν κατάστασιν.

β) Ὑπὸ τὴν ἐπίδρασιν διαφόρων καταστάσεων, ὡς ἀνεφέραμεν ἤδη— συνύπαρξις ἄλλου παρασίτου, μεταβολαὶ τοῦ ἐντερικοῦ περιβάλλοντος, μείωσις τῆς ἀντιστάσεως, μία τοξικὴ κοιλίτις κλπ.— ἡ φυτικὴ ἀμοιβὰς, ἢ μετακυστικὴ ἢ tetragena δι' ὠρισμένους συγγραφεῖς, ἢ φαινομενικῶς ἀκίνδυνος, ἀποκτᾷ νέας παθογόνους ιδιότητες. Οὕτως αὐξάνει εἰς μέγεθος μία ἀπλή ρῆξις τῶν τριχοειδῶν ἀρκεῖ, ὥστε νά γίνῃ αἱματοφάγος. Χάρις εἰς τὴν ἐκλεκτικὴν ταύτην τροφὴν ἀποκτᾷ ιδιότητάς «λυτικές», εἰσχωρεῖ ἐντὸς τῶν ἰστῶν, ἐκκρίνει τοξίναν, προκαλεῖ νεκρώσεις. Αἱ αἱματοφάγοι αὗται ἀμοιβάδες πολλαπλασιάζονται ταχύτατα, ἀποβάλλονται δὲ ἐξ ἴσου ταχέως ἐκ τοῦ ἐντέρου μετὰ τῶν βλενῶν.

Ὁ προτιμώμενος τόπος διαμονῆς εἶναι τὸ παχὺ ἔντερον. Καὶ τοῦτο, διότι τὸ ἔντερον ἔχει πλούσιον ἀγγειακὸν δίκτυον, ὅπου ρήγνυται, ὅταν ἐπέλθῃ μία συμφορητικὴ κατάστασις. Ἐξ ἄλλου, ἡ ἐπερχομένη στάσις εἰς τινὰς μοῖρας τοῦ—τυφλόν, ὄρθόν— εὐνοεῖ τὴν ἐκεῖ ἀνάπτυξιν τῶν, ἐξ οὗ καὶ ἡ ἐκλεκτικὴ προσβολὴ τυφλοῦ καὶ ὄρθου.

Ἐάν ὁ ἄρρωστος αὐτὸς ὑποβληθῇ εἰς θεραπείαν ἢ λόγῳ ἄλλων αἰτίων τροποποιηθῇ τὸ ἐντερικὸν περιβάλλον, αἱ αἱματοφάγοι ἀμοιβάδες χάνουν τὴν τοξικότητά των, μεταβάλλονται εἰς μικροτέρας προκυστικὰς μορφάς—τύπου minuta— αἰτίνες προοδευτικῶς ἔγκυστοῦνται καὶ ἔχουσι οὕτω τὰς κύστεϊς μὲ 4 πυρῆνας, ἀπαραίτητους διὰ τὴν διατήρησιν τοῦ εἶδους. Αἱ κύστεϊς αὗται δὲν σχηματίζονται εἰς ἀνωμάλους ἐντοπίσεις τῆς ἀμοιβάδος (ἡπαρ, πνεύμων, ἐγκέφαλος κλπ.), γεγονός ὅμως μὴ παραδεκτὸν ὅπῃ ὄλους τοὺς συγγραφεῖς.

Ἡ ἀμοιβὰς, ὅμως, ὄρεται μόνη; Καὶ ἀρκοῦν αἱ κυτταρολυτικαὶ καὶ τοξινικαὶ ιδιότητές τῆς, ὥστε νά προκαλέσῃ τὸ δυσεντερικὸν σύνδρομον; Ἡ ὑπάρχει μία μικτὴ αἰτιολογία, ἢτοι συνδυασμὸς τῆς τοξικότητος τῆς ἀμοιβάδος καὶ τῶν βακτηριδίων;

Τὴν τελευταίαν ἀποψιν ἐνισχύουν κατὰ πρῶτον κλινικαὶ τινες παρατηρήσεις. Οὕτως ἔχει διαπιστωθῆ, ὅτι πολλαὶ ὑποτροπαὶ συμπίπτουν μὲ ὠρισμένας ἐποχὰς τοῦ ἔτους, ὅπου λιμνάζοντα ὕδατα εὐνοοῦν τὴν ἀνάπτυξιν μικροβίων, λόγῳ τῶν ὁποίων αὐξάνουν αἱ κοινὰ μικροβιακὰ κοιλίτιδες.

Ὑπάρχουν ὅμως καὶ πειραματικαὶ ἀποδείξεις. Ἡ ἀμοιβὰς, ἵνα ζῆσῃ, χρειάζεται καὶ καταλλήλους πρὸς τοῦτο ὄρους, ὅπως ὠρισμένην θερμοκρασίαν, 35°—40° εἰς τὰς καλλιέργειας. Τὸ pH τὸ ἐπιτρέπον τὴν ἀνάπτυξιν τῆς δέον νά εὐρίσκειται μετὰ 6,1 καὶ 7,6 μὲ μέσον ὄρον 6,6. Ἄνω τῶν 8 ἢ κάτω τῶν 6, αὕτη ἀποθνήσκει. Ἀπαιτεῖται ἐπομένως περιβάλλον ἐλαφρῶς ὀξινόν, ὅπως τὸ τοῦ τυφλοῦ καὶ δεξιοῦ κόλου. Ὡς ἀναερόβιος, φονεύεται ἀπὸ ὑπερβολικὴν ποσότητα ὀξυγόνου. Ἐντὸς τοῦ ἐντέρου, ἐντὸς τῶν ἰστῶν, τὸ ὀξυγόνον εὐρί-

σκεται υπό χαμηλὴν καθύσιν, πληροῖ ἐπομένως τοὺς ἀπαραιτήτους διὰ τὴν διαβίωσιν τῆς ὄρου.

Ἡ ἐγκύστωσις τῆς ἀμοιβάδος ἐντὸς τοῦ ἐντέρου τοῦ ξενιστοῦ λαμβάνει χώραν ὑπὸ τὴν ἐπίδρασιν ἀποτόμων μεταβολῶν τῶν φυσικοχημικῶν χαρακτήρων τοῦ περιβάλλοντος ὅπου αὕτη ζῆ, ὅπως λ.χ. ἢ ἐκ τῶν ἰστών ἐξοδός τῆς (μορφῆ ἱστολυτική) ἐντὸς τοῦ ἐντερικοῦ αὐλοῦ (μορφῆ *minuta*).

Εἰς τὰς καλλιέργειας, *in vitro*, ἡ ἐγκύστωσις ἐπιτυγχάνεται εὐκόλως διὰ τῆς μεταβολῆς τῶν φυσικοχημικῶν ὄρων τοῦ περιβάλλοντος. Οὕτω πραγματοποιεῖται εἰς ἕνα pH 6,4 - 6,8, ἡ δὲ μικροβιακὴ χλωρίς ἐπεμβαίνει ἐπὶ τῆς ἐγκυστώσεως ταύτης μόνον διὰ τοῦ pH τοῦ προκύπτοντος ἐκ τῆς δράσεως τῆς χλωρίδος ταύτης.

Εἰς pH ἴσον ἢ ἀνώτερον τῶν 7,2, ἡ ἐγκύστωσις δὲν ἐπιτυγχάνεται. Καταλλήλους ἐπίσης ὄρους διὰ τὴν ἐγκύστωσιν δημιουργεῖται ἢ εἰς τὸ περιβάλλον προσθήκη ἀμύλου ὀρόζης, ὅπερ μετατρέπεται εἰς λιπαρὰ ὀξεῖα. Εὐνοοῦνται οὕτω βιολογικαί, ἀλλὰ καὶ μορφολογικαί μεταβολαί, ὅπως ἢ ἐκ τοῦ σταδίου *minuta* πρὸς τὴν ἱστολυτικὴν μορφὴν.

Ἐν στέλεχος δυσεντερικῶν ἀμοιβάδων ἀντιπροσωπεύει ἐν σύμπλεγμα περιλαμβάνον τὸ πρωτόζωον τοῦτο καὶ μίαν πολυμικροβιακὴν χλωρίδα (*Deschiens*). Πρακτικῶς οἱ δύο οὗτοι παράγοντες εἶναι ἀχώριστοι. Αἱ καλλιέργειαι ἀμοιβάδων, ὡς ἐπιτυχεῖς πειραματικοὶ ἐμβολιασμοί, περιέχουν πάντοτε τὰ δύο ταῦτα στοιχεῖα. Ἴνα πειραματικῶς ἀναπτυχθῇ ἡ ἀμοιβὰς εἶναι ἀπαραίτητος ἡ παρουσία τῶν μικροβίων. Εἷς ἕκαστος τῶν παραγόντων τούτων ἔχει ἴδιαν τοξικότητα. Ταύτην δυνάμεθα νὰ μεταβάλλωμεν πειραματικῶς εἴτε ἐνισχύοντες τὴν τοξικότητα τῶν μικροβίων ἐνὸς στελέχους εἴτε ἀντικαθιστώντες μίαν φυλὴν ἀμοιβάδων δι' ἄλλης. Ἡ τοξικότης τῶν ἀμοιβάδων ἐξαρτᾶται ἀπὸ τὴν μολύνουσαν φυλὴν. Διὰ τὴν αὐτὴν φυλὴν δύναται ἡ τοξικότης νὰ αὐξηθῇ διὰ διαδοχικῶν ἐμβολιασμῶν ἀπὸ ξενιστοῦ εἰς ξενιστὴν, ὅπως π.χ. εἰς τὴν γαλῆν. Ἡ τοξικότης τῆς συνυπαρχούσης μικροβιακῆς χλωρίδος δύναται νὰ μεταβληθῇ διὰ τῆς προσθήκης μικροβίων ξένων πρὸς τὴν ἀρχικὴν.

Ἐπομένως, πειραματικῶς τοῦλάχιστον, ἀμοιβὰς καὶ μικροβιακὴ χλωρίς δὲν διαχωρίζονται, ἐκάστη δὲ τούτων διατηρεῖ ἴδιαν καὶ ποικίλλουσαν τοξικότητα.

Ὁ Craig, ἐξ ἄλλου, δὲν θεωρεῖ ὡς ἀπαραίτητον τὴν πρωτοπαθῆ μικροβιακὴν εἰσβολὴν, ὑποστηρίζων ὅτι τὰ ἐντὸς τῶν ἀμοιβα-

δικῶν ἑλκῶν ἀνευρισκόμενα βακτηρίδια ἐρμηνεύουν δευτεροπαθῆ λοιμῶξιν καὶ ὅτι ἡ ἰστολυτικὴ ἀμοιβὰς προκαλεῖ πάντοτε ἀλλοιώσεις. Ἄλλοι ὁμως ἐρευνῆται ἀπέδειξαν πειραματικῶς, ὁ δὲ Westphal εἰς τὸν ἄνθρωπον, ὅτι ἵνα διευκολυνθῆ ἡ εἰσβολὴ τῆς ἰστολυτικῆς ἀμοιβάδος ἀπαιτεῖται μικροβιακὴ χλωρίς ἐντὸς τοῦ ἐντέρου.

Ὁ Westphal αὐτοεμολύνθη διὰ τῆς καταπόσεως κύστεων ἰστολυτικῆς ἀμοιβάδος, προερχομένων ἐξ ἀτόμων ἄνευ κλινικῶν συμπτωμάτων. Ἐπὶ 8 μηνῶν οὐδὲν ἐνόχλημα ἠσθάνθη, ἂν καὶ ἀπὸ τῶν πρώτων ἡμερῶν ἀπέβαλλε διὰ τῶν κοπράνων του κύστεϊς. Ὅταν ὁμως, ἐν συνεχείᾳ, ἔλαβεν ἐναιώρημα κοπράνων ἀμοιβαδικῆς δυσεντερίας, καίτοι μὴ περιέχοντα ἀμοιβάδας, ἐνεφάνισε τυπικὸν δυσεντερικὸν σύνδρομον.

Ὁ Deschiens, τοῦ Ἰνστιτούτου Παστέρ τῶν Παρισίων, προέβη εἰς τὴν κάτωθι πειραματικὴν ἔρευναν, ἐπὶ 60 μικρῶν γαλῶν, διαμοιρασθειῶν εἰς 3 ομάδας, ἐξ 20 ζῶων ἐκάστην :

— Εἰς τὴν 1ην ομάδα χορηγεῖται 1 κ. ἐκ. ἐνὸς στελέχους δυσεντερικῶν ἀμοιβάδων καὶ 1 κ. ἐκ. ἐνὸς ἐναιωρήματος τυφικῶν καὶ παρατυφικῶν βακίλλων, ἀντιστοιχοῦντων εἰς 0,10 μικροβίων. Εἰς τὴν ομάδα ταύτην ἡ μόλυνσις ἐγγίξει τὸ 70% τοῦ συνόλου τῶν ζῶων καὶ ἡ νεκροψία ἀποκαλύπτει πολλὰ πλᾶς, ἐκτεταμένας καὶ βαθεῖας ἐξελκώσεις.

— Εἰς τὴν 2αν ομάδα χορηγεῖται ἀμιγρὸς στέλεχος δυσεντερικῶν ἀμοιβάδων. Ἡ μόλυνσις ἀφορᾷ τὰ 30% τῶν ζῶων, αἱ δὲ ἀνατομικαὶ ἀλλοιώσεις, πολὺ πλέον ἥπια, συνίστανται εἰς διαβρώσεις καὶ μικράς, ἀπομεμονωμένας ἐξελκώσεις.

— Εἰς τὴν 3ην ομάδα χορηγεῖται μόνον ἐναιώρημα μικροβίων. Κατὰ τὴν νεκροψίαν ἀποκαλύπτεται ἡ ὑπαρξίς κολίτιδος μεθ' ἐνόχλους αἱμορραγίας τοῦ βλεννογόνου, γεγονός ἀποδεικνύον ὅτι μία μικροβιακὴ φλεγμονή, τραυματίζουσα τὸν βλεννογόνον, εὐνοεῖ τὴν παθογόνον δράσιν τῆς δυσεντερικῆς ἀμοιβάδος.

Ὁ Deschiens, συνεχίζων τὰ πειράματά του διὰ τοῦ κολοβακτηριδίου, κατέληξεν εἰς τὸ συμπέρασμα, ὅτι «ὁ ἐνοφθαλμισμὸς ποσότητος παθογόνου κολοβακτηριδίου συγχρόνως μεθ' ἐνόχλους ἀμοιβάδων, γνωστῆς τοξικότητος, αὐξάνει τὴν συχνότητα ὡς καὶ τὴν βαρύτητα τῆς ἀμοιβαδώσεως, ὅπου, ὑπὸ τοῦς ὄρους τούτους, ἡ τοξικότης διπλασιάζεται».

Ὁ μόνος, ἐξ ἄλλου, ἐνοφθαλμισμὸς κολοβακτηριδίου προκαλεῖ εἰς τὰ 75% τῶν ζῶων φλεγμονώδη συμφορητικὴν ἢ αἱμορραγικὴν κολίτιδα. Καὶ ὁ Deschiens καταλήγει : «ἐάν εἰς ἕν στέλεχος δυσεντερικῶν ἀμοιβάδων προστεθῆ ἕν καθωρισμένον βακτηρίδιον — τὸ κολοβακτηρίδιον — τοῦτο εὐνοεῖ τὴν ἐκδήλωσιν τῆς ἀμοιβαδικῆς δυσεντερίας καὶ ἐπιδεινώνει τὴν νόσον ταύτην εἰς τὴν γαλῆν. Ἡ

εϋνοϊκή αὐτῆ ἐπίδρασις τοῦ κολοβακτηριδίου ὀφείλεται εἰς τὴν ἀνάπτυξιν μιᾶς, μικροβιακῆς φύσεως, φλεγμονώδους κοιλίτιδος.

Ἡ δυσεντερικὴ ἀμοιβὰς ἔχει ἰδίας προτιμήσεις καὶ γενικὰς καὶ ἔναντι τῶν τροφῶν. Ὡς ξενιστὴν προτιμᾷ τὸν ἄνθρωπον καὶ ἔνια θηλαστικά. Ὡς ἰδιάζουσαι ἐπίσης προτιμήσεις τῆς εἶναι ἡ διείσδυσις ἐντὸς ὠρισμένων ἰστών, ὁ τροπισμὸς τῆς πρὸ τὰ ἐρυθρὰ αἰμοσφαίρια, ἡ ἐκλεκτικὴ ἐντόπισις τῆς εἰς ὠρισμένα σπλάγχνα, ὅπως τὸ ἥπαρ καὶ ὁ πνεύμων.

Ὁ τροπισμὸς τῆς ὁμῶς πρὸς τὰ ἐρυθρὰ αἰμοσφαίρια συντελεῖται τυχαίως καὶ ὅταν λάβῃ χώραν μίαν αἱμορραγίαν. Ἐντὸς τῶν ἰστών τοῦ ἐντέρου ἢ καὶ ἀκόμη ὅταν εὑρίσκεται ἐντὸς τοῦ ἥπατος, ἡ ἱστολυτικὴ ἀμοιβὰς δὲν τρέφεται μὲ ἐρυθρὰ αἰμοσφαίρια. Ὅταν λόγῳ ἀποπτώσεως μιᾶς νεκρωτικῆς μάζης ἢ λόγῳ μιᾶς φλεγμονῆς, ὅπως τοῦτο συμβαίνει πλησίον δυσεντερικῶν ἐλκῶν τοῦ ἐντέρου, προκληθῇ αἱμορραγία, τότε ἡ ἀμοιβὰς γίνεται αἱματοφάγος.

Ὁ τροπισμὸς αὐτὸς τῶν ἀμοιβάδων πρὸς τὰ ἐρυθρὰ αἰμοσφαίρια ὀφείλεται εἰς τὴν ἐντὸς τούτων παρουσίαν τῆς αἱμοσφαιρίνης. Ἐάν π.χ. εἰς τὰς καλλιέργειας ἀντικαταστήσωμεν τὰ ἐρυθρὰ αἰμοσφαίρια διὰ κρυστάλλων αἱμοσφαιρίνης, θὰ παρατηρήσωμεν ὅτι αἱ ἀμοιβάδες τρέφονται διὰ τῶν κρυστάλλων τούτων. Ἰδιάζουσας ἐπίσης προτίμησιν δεικνύουν αἱ ἀμοιβάδες πρὸς τὴν χολερυθρίνην, ἥτις, ὡς γνωστὸν, χημικῶς προέρχεται ἐκ τῆς αἱμοσφαιρίνης. Εἰς τὸ γεγονός τοῦτο πιθανώτατα ὀφείλονται αἱ συχναὶ ἥπατικαὶ μεταστάσεις, ἐν σχέσει μὲ τὰς ἄλλας ἐξωεντερικὰς. Οὕτως ἐκτὸς τῶν ἀνατομικῶν σχέσεων μεταξὺ πυλαίας, ἐντέρου καὶ ἥπατος, ἢ εἰς τοῦτο ἐντόπισις τῶν ἀμοιβάδων ὀφείλεται καὶ εἰς τὴν προτίμησιν τῶν ἔναντι τῶν ἥπατικῶν κυττάρων, λόγῳ τῆς περιεκτικότητός των εἰς χολερυθρίνην.

Πάντα τ' ἀνωτέρω, τ' ἀφορῶντα τὴν βιολογίαν τῆς δυσεντερικῆς ἀμοιβάδος, ἐνέχουν ὑψίστην σημασίαν διὰ τὴν θεραπευτικὴν ἀντιμετώπισιν τῆς νόσου, τὴν ὁποίαν ἔχουν —προσφάτως— ἀνατρέψει ἄρδην. Πράγματι, ἡ θεραπευτικὴ ἀγωγή, ἵνα ἐπιτύχῃ, δεόν ἀπαραίτητως νὰ ἔχη ὑπ' ὄψιν τὸν τρόπον διαβιώσεως τῆς ἀμοιβάδος, τὴν ἐξέλιξιν τῆς, τοὺς ὅρους οἵτινες εὐνοοῦν τὴν ἀνάπτυξιν τῆς, ἄλλως θέλει ἀποτύχει. Τὴν νέαν ταύτην ἄποψιν θὰ ἐκθέσωμεν λεπτομερῶς εἰς τὸ τέλος τοῦ κεφαλαίου τούτου.

κοῦ αὐλοῦ διὰ μικροσκοπικῶν κρατῆρων μεγέθους κεφαλῆς καρφίδος. Ὀλίγον κατ' ὀλίγον θά σχηματισθῆ τὸ τυπικόν ἀμοιβαδικόν ἔλκος, ὅπερ συνήθως καλύπτεται ἀπὸ μίαν λευκοκιτρίνην οὐσίαν, ἣτις ἔχει σχηματισθῆ ἀπὸ τὴν συσώρευσιν βλεννῶν καὶ νεκρωθέντων ἰστών. Ἐντὸς τούτων ἀνευρίσκεται κυρίως ἡ ἱστολυτικὴ ἀμοιβὰς. Μακροσκοπικῶς ἡ ἐξέλκωσις ἐμφανίζεται ὡς ἓν σφαιρικόν ἔπαρμα τοῦ βλεννογόνου, περιβαλλόμενον ὑπὸ μιᾶς ὑπεραιμικῆς ζώνης, μὲ μίαν κηλίδα κιτρίνην εἰς τὸ κέντρον : τὸ τρῆμα τοῦ μικροσκοπικοῦ ἀποστήματος. Ὁ μεταξὺ τῶν ἔλκων αὐτῶν βλεννογόνος ἐμφανίζεται φυσιολογικός, τὸ ὑποβλεννογόνιον ὁμῶς ἀπόστημα θά ἐπέκταθῆ. Οἱ διάφοροι θύλακες θά ἐπικοινωνοῦν ὑπὸ τὸν βλεννογόνον εἴτε διὰ σηράγγων, εἴτε θά ἐνωθοῦν, δημιουργοῦντες οὕτω μεγάλα καὶ ἀνώμαλα ἔλκη, μεγέθους ἀπὸ κεφαλῆς καρφίδος μέχρι διαμέτρου 1 ἐκ. καὶ πλέον. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς ἀλλοιοῦται καὶ ὁ βλεννογόνος, ὅστις σφακελοῦται καὶ ρήγνυται. Ἐάν αἱ ἀμοιβάδες διέλθουν τὸν μυϊκόν χιτῶνα καὶ τὸν ὀρογόνον, θά προκαλέσουν διάτρησιν τοῦ ἐντέρου, ἀπόστημα ἢ ἀμοιβαδικὴν περιτονίτιδα. Ἡ ἐν τῷ βάθει ἐπέκτασις τῆς ἐξελκώσεως εἶναι χαρακτηριστικὴ τῆς ἀμοιβαδῶσεως, διότι λαμβάνει ἴδιον σχῆμα, ὅπερ οἱ Ἀγγλοσάξωνες ἀποκαλοῦν «flask shaped» ulcers ἤτοι «ἐν εἶδει ἀσκοῦ», περιλαμβάνον τρεῖς μοίρας :

α) κρατῆρα πληρούμενον ὑπὸ νεκρωτικῆς μάζης, β) μίαν ἔστενωμένην μοῖραν κάθετον πρὸς τὸν ὑποβλεννογόνιον, γ) ἀνώμαλον πλαγίαν ἐπέκτασιν μὲ εὐρείαν βάσιν.

Ἐνίοτε τὰ ἔλκη ταῦτα ἐξελίσσονται πρὸς κοκκιώματα. Οἱ ὄγκοι οὗτοι συγχέονται μὲ κακοήθεις τοιοῦτους, ἀν καὶ ποικίλλουν εἰς μέγεθος ἀπὸ ἡμέρας εἰς ἡμέραν, ἀπεκλήθησαν δὲ «ἀμοιβαδῶματα». Ἐντοπίζονται συνήθως παρά τὸ ὀρθόν, σιγμοειδῆς καὶ τυφλόν.

Τὰ ἔλκη ταῦτα ἐπουλούμενα εἴτε δὲν ἀφήνουν ἴχνη εἴτε ἐγκαταλείπουν οὐλὰς, αἰτίνες, προκειμένου περὶ ἐκτεταμένων ἔλκων, δυνατόν νά προκαλέσουν οὐλόδη στένωσιν τοῦ ἐντέρου.

Αἱ ἐντὸς τῶν ἔλκων ἀμοιβάδες διὰ τῶν λεμφοφόρων ἢ αἰμοφόρων ἀγγείων μεθίστανται εἰς ἄλλα ὄργανα, ὅπως γάγγλια, ἅτινα διογκοῦνται, σχηματίζοντα ὄγκον, ἴδιως παρά τὴν εἰλεοτυφλικὴν χώραν. Ἡ διάβρωσις τῶν ἀρτηριδίων παρά τὸ τυφλόν προκαλεῖ μικροσκοπικὰς αἱμορραγίας, αἱματηράς κενώσεις ἐάν διαβρωθῆ τὸ ὀρθόν, μεγάλας δὲ αἱμορραγίας ἐάν τρωθῆ μεγαλύτερον ἀγγεῖον. Ἡ διάβρωσις φλεβῶν θά ἔχῃ ὡς συνέπειαν τὴν ἐντὸς τούτων διείδυσιν τῶν ἀμοιβάδων καὶ τὴν μεταφορὰν τῶν ἐντὸς τῆς πυλαίας καὶ τοῦ ἥπατος, ἢ διὰ τῆς κάτω αἱμορροϊδικῆς ἐντὸς τῆς κάτω κοίλης φλεβὸς πρὸς τοὺς πνεύμονας, ἢ διὰ τῶν παρασπονδυλικῶν φλεβῶν πρὸς τὸν ἐγκέφαλον.

Αἱ ἐντὸς τῶν ἐνδοηπατικῶν κλάδων τῆς πυλαίας μεταφερόμεναι ἀμοιβάδες περιβάλλονται ὑπὸ λευκοκυττάρων καὶ ἱνικῆς, ἀποφράσσονται δὲ

ένιοτε καὶ τὰ τριχοειδῆ, ὅποτε τὸ ἥπαρ γίνεται συμφορητικόν καὶ διογκοῦται. Αἱ ἀμοιβάδες καταστρέφουν τὰ τοιχώματα τῶν τριχοειδῶν, εἰσέρχονται ἐντὸς τοῦ ἥπατος καὶ καταστρέφουν τὰ κύτταρα. Δημιουργοῦνται οὕτως ἐστίαι νεκρώσεως ἀνευ φλεγμονώδους ἀντιδράσεως, ἥτις ἐμφανίζεται μολαταῦτα δταν ἐπεκταθῆ ἡ νέκρωσις. Αἱ νεκρωτικαὶ αὗται κοιλότητες περιέχουν μίαν ζελατινοειδῆ κιτρίνην μάζαν. Ὅταν ἐπέλθῃ μαζικὴ νέκρωσις καὶ συνένωσις γειτνιαζουσῶν νεκρωτικῶν ζωνῶν, δημιουργοῦνται μεγάλα ἀποστήματα, ἅτινα περιέχουν ὑπολείμματα νεκρωμένου ἥπατικοῦ ἴστού μεθ' αἵματος, γλοιώδους συστάσεως, καστανοσοκολατόχρου λόγῳ τῆς ἀναμίξεως χολῆς καὶ αἵματος. Εἰς τὸ πύον τοῦτο ὑπάρχουν ἐλάχιστα λευκοκύτταρα, ἀνευρίσκονται δὲ κυρίως κατεστραμμένα κύτταρα, ἐρυθρὰ αἰμοσφαίρια, λιποσφαίρια, χοληστερίνη, κρύσταλλοι Charcot—Leyden καὶ μεγάλα φαγοκύτταρα. Ἐντὸς τούτου ὑπάρχουν ἐλάχισται ἱστολυτικαὶ ἀμοιβάδες, αἵτινες ἀνευρίσκονται κυρίως εἰς τὸν περιφερικὸν ὕγιᾶ ἥπατικὸν ἴστον. Τὸ ἀπόστημα τοῦτο ἔχει διάμετρον 1—5 ἐκ., δυνατόν ὅμως νὰ καταλαμβάνῃ ὀλόκληρον τὸ ἥπαρ καὶ νὰ περιέχῃ πολλὰ λίτρα πύου. Τὸ ἀπόστημα εἶναι ὀλόκληρον τὸ ἥπαρ καὶ νὰ περιέχῃ πολλὰ λίτρα πύου. Τὸ ἀπόστημα εἶναι συνήθως μονήρες καὶ ἐδράζεται ἐπὶ τῆς ἄνω ὀπισθίας μοίρας τοῦ δεξιοῦ ἥπατικοῦ λοβοῦ. Δὲν ἀποκλείεται ὅμως ἡ ὕπαρξις καὶ περισσώτερων ἀποστημάτων, ἔχουν δὲ ἀνευρεθῆ εἰς τινὰς σπανίας περιπτώσεις ἄνω τῶν ἑκατόν.

Ἄν καὶ ἡ συνήθης ὁδὸς προσβολῆς τοῦ ἥπατος εἶναι ἡ διὰ τῆς πυλαίας, μολαταῦτα βαθεᾶ ἔλκη, ἐδραζόμενα ἐπὶ τῆς δεξιᾶς κολικῆς καμπῆς, δυνατόν νὰ διατηρηθῶν ἐντὸς τοῦ ἥπατος, καὶ συνήθως ἐπὶ τῆς προσθίας ἐπιφανείας τούτου.

Τὸ ἀμοιβαδικὸν ἀπόστημα τοῦ ἥπατος δυνατόν νὰ διατηρηθῆ ἐντὸς τῆς περιτοναϊκῆς κοιλότητος, ὅποτε θὰ προκαλέσῃ περιτονίτιδα, ἢ ἐντὸς τοῦ σπληνός ἢ τοῦ λεπτοῦ ἐντέρου. Ἐδραζόμενον ἐπὶ τῆς ἄνω ἐπιφανείας τοῦ δεξιοῦ λοβοῦ, ρήγνυται διὰ τοῦ διαφράγματος ἐντὸς τῆς δεξιᾶς ὑπεζωκοτικῆς κοιλότητος, ὅποτε δημιουργεῖται ἀμοιβαδικὴ πλευριτικὴ πνευμονίτιδα μετὰ πνευμονικοῦ παρεγχύματος δημιουργεῖ ἀμοιβαδικὴν πνευμονίτιδα μετὰ ἐξέλιξιν πρὸς τὸ ἀπόστημα. Τὰ ἀποστήματα ταῦτα ρήγνυται ἐντὸς ἐνός βρόγχου καὶ ἀποβάλλουν διὰ πνευμοσίας τὸ περιεχόμενόν των. Ἡ ἀπόχρεμψις περιέχει ἀμοιβάδας, ἐλαστικὰς ἴνας, κρυστάλλους Charcot—Leyden, ἥπατικά κύτταρα, ἔχει δὲ χρῶμα καὶ σύστασιν «σάλτσας ἀντζούγιας».

Ἐν πνευμονικὸν ἀπόστημα δυνατόν ἐπίσης νὰ ραγῆ ἐντὸς τοῦ μεσοθωρακίου ἢ τῆς περικαρδιακῆς κοιλότητος καὶ νὰ δημιουργήσῃ περικαρδίτιδα.

Οἰονδήποτε ὄργανον δύναται οὕτω νὰ προσβληθῆ. Ἐν ἀμοιβαδικὸν ἔλκος τοῦ παχέος ἐντέρου δυνατόν νὰ διατηρηθῆ ἐντὸς τῆς οὐροδόχου κύστεως, ἐντὸς τοῦ περινέου, ὅποτε δημιουργεῖ συρίγγιον, ἢ πρὸς τὸν κόλπον.

Εἰς τὸν ἐγκέφαλον δυνατόν νὰ δημιουργηθῆ ἀπόστημα διαμέτρου 5 ἐκ. καὶ πλέον, ὅπερ περιέχει ἀμοιβάδας, εἰς στεῖρον περιβάλλον ζελατινώδους συστάσεως. Αἱ μῆνιγγες δὲν προσβάλλονται, τὸ δὲ ἐγκεφαλονωτιαῖον ὑγρὸν εἶναι διαυγές.

Αι κλινικαί έκδηλώσεις τῆς ἀμοιβαδώσεως ποικίλλουν τόσον πολύ, ὑποδύονται τοιαύτας μορφάς, ὥστε ἡ διάγνωσίς τῆς νά παρουσιάσῃ πλείστας ὄσας δυσχερείας. ὅταν δὲν συνυπάρχῃ ἔντυπικόν δυσεντερικόν σύνδρομον, ἢ ἔάν πρό μιᾶς ἀνωμάλου κλινικῆς εἰκόνοσ δὲν ἀναζητήσωμεν καὶ δὲν ἀνεύρωμεν εἰς τὸ παρελθόν ἔν τοιοῦτον, ἔστω καὶ ἀβλήχρὸν, σύνδρομον, ὥστε νά σκεφθῶμεν τὴν πιθανὴν αἰτιολογικὴν σχέσιν τῶν σημερινῶν ἐνοχλημάτων.

Ἡ περίοδος ἐπώασεως δὲν εἶναι δυνατόν νά προσδιορισθῇ ἐπακριβῶς, ἐφ' ὅσον καὶ ὡς ἐπὶ τὸ πλείστον ἀγνοοῦμεν πότε ἀκριβῶς ἔλαβε χώραν ἡ μόλυνσις, ἀλλὰ καὶ πότε ἐξεδηλώθησαν τὰ πρῶτα συμπτώματα, ἅτινα δυνατόν ν' ἀπεδόθησαν εἰς μίαν κοινὴν κοιλίτιδα ἢ εἰς ἄλλα αἷτια.

Πειράματα εἰς 20 ἄνδρας, εἰς τοὺς ὁποίους ἐχορηγήθησαν *per os* κύστεις, ἀπέδειξαν, ὅτι οἱ 18 ἐξ αὐτῶν παρουσίασαν τὸ παράσιτον εἰς τὰ κόπρανά των, οἱ 4 δὲ ἐξ αὐτῶν καὶ κλινικὰ φαινόμενα δυσεντερίας. Εἰς τοὺς τελευταίους τούτους τὸ διαρρεῦσαν χρονικόν διάστημα μεταξύ μόλυνσεως καὶ κλινικῶν ἐκδηλώσεων ἦτο 20, 57, 87 καὶ 95 ἡμερῶν, ἐνῶ αἱ ἀμοιβάδες διεπιστώθησαν εἰς τὰ κόπρανα τὴν ἐνάτην περίπου ἡμέραν. Εἰς τὴν ἐπιδημίαν τοῦ Σικάγου ἡ περίοδος αὕτη ἐπώασεως ἐποίκιλλεν ἀπὸ 4—18 ἡμέρας.

Οἱ *Blanc* καὶ *Siguier* ἐμελέτησαν 100 πάσχοντας ἐξ ἐντερικῆς ἀμοιβαδώσεως. Ἡ ἔρευνα ἦτο σχετικῶς εὐκόλος, δεδομένου ὅτι ἐπρόκειτο περὶ νεοσυλλέκτων, οἵτινες εἶχον ἀπὸ τριμήνου μόνον ἀποβίβασθῆ εἰς Ἰνδοκίαν, ἐλευθεροὶ πάσης μόλυνσεως.

Διεπιστώθη ὅτι εἰς τοὺς 60 ἐξ αὐτῶν ἡ ἐπώασις ἦτο διαρκείας 25 ἡμερῶν, εἰς τοὺς 25 ἦτο 50 ἡμερῶν, εἰς δὲ τοὺς ὑπολοίπους 15 ἦτο 60—80 ἡμερῶν. Διεπιστώθη ἐπίσης, ὅτι ἡ ἐπώασις ἦτο μικρότερα εἰς τοὺς στρατιώτας ἐκείνους, οἵτινες ἀπεστάλησαν ἀμέσως εἰς τὰς μάχας καὶ ἔζων ὑπὸ λίαν ἀνθυγιεινοὺς ὄρους, με ἄμεσον ἐπαφήν.

Ἐκτὸς τῶν ὡς ἄνω δυσμενῶν συνθηκῶν, ἡ διάρκεια τῆς ἐπώασεως ἐξαρτᾶται καὶ ἐκ τῆς ποσότητος τῶν καταποθεισῶν κύστεων, ἐκ τῆς ἀντιστάσεως τοῦ ἀτόμου, ἐκ τῆς συνυπάρξεως μιᾶς ἀπλῆς, προδιαθετούσης, ὁμως, κοιλίτιδος, ἐκ τῆς τοξικότητος τῆς ἱστολυτικῆς ἀμοιβάδος.

Εἶπομεν ἐν τῇ ἀρχῇ, ὅτι ἡ «ἀμοιβάδωσις» ὑποδύεται ποικιλίαν κλινικῶν μορφῶν, ἰδίως εἰς τὰ ἡμέτερα κλίματα. Πράγματι, σπανίως

θά άπαντήσωμεν τās όξειας έκεινας μορφάς, αίτινες χαρακτηρίζουν τήν δυσεντερίαν τών τροπικών χωρών και αίτινες είτε έπιπλέκονται υπό άμοιβαδικών άποσημάτων, κυρίως τοῦ ήπατος, είτε καταλήγουν και εις αυτόν τόν θάνατον. Ός εκ τούτου θά προσπαθήσωμεν νά περιγράψωμεν τās πλέον κοινάς μορφάς, τās συνηθέστερον άπαντώσας, ή γνώσις τών όποίων θά βοηθήση ώστε, άμα τή διαπιστώσει των, νά εφαρμόζεται ή δέουσα θεραπευτική άγωγή, χωρίς νά φθάσωμεν εις ύπερβολάς και έπιβλαβή πολυφαρμακίαν.

Θά διακρίνωμεν, άκολουθούντες εις τοῦτο τόν Craig, τέσσαρας κυρίως κατηγορίας. Τονίζομεν όμως, ότι σαφή όρια μεταξύ τών κατηγοριών αυτών δέν υπάρχουν και ότι ταχύτατα ό άρρωστος δύναται νά μεταπέση από τής μιās κατηγορίας εις τήν άλλην.

1. Κατηγορία πρώτη: ύγιεις φορείς άνευ σαφών κλινικών συμπτωμάτων.

2. Κατηγορία δευτέρα: άτομα έμφανίζοντα ήπια και άκαθόριστα έντερικά και νευρικά συμπτώματα.

3. Κατηγορία τρίτη: χαρακτηριζομένη από τήν έπικράτησιν τών διαρροϊκών φαινομένων.

4. Κατηγορία τετάρτη: Αυτή περιλαμβάνει δύο μεγάλας μορφάς: τήν όξειαν και χρονίαν άμοιβαδικήν δυσεντερίαν.

*
**

1. Εις τούς λεγομένους ύγιεις φορείς είναι συνήθης ή παντελής έλλειψις κλινικών συμπτωμάτων, οὔτοι δέ άποκαλύπτονται, ως επί τό πλεϊστον, τυχαίως. Δυνατόν όμως νά έμφανισθοῦν άπροόπτως τοιαύτα ένοχλήματα, ή δέ λανθάνουσα αυτη κατάσταση νά εκδηλωθῇ τό πρώτον με μιαν έπιπλοκήν, ως λ.χ. εν άπόστημα τοῦ ήπατος. Καί τοῦτο είναι εύνόητον, έφ' όσον, ως είπομεν ήδη, ύγιεις φορείς εν τή κυριολεξία δέν υπάρχουν, διότι τό παράσιτον τοῦτο άνευρέθη πολλάκις εις νεκροψίας άτομων θανόντων έξ άλλης αίτίας, έντός τών έντερικών τοιχωμάτων.

Είται οι πλέον επικίνδυνοι άρρωστοι, οι άκουσίως μεταδίδοντες τήν νόσον εις άλλα άτομα, έφ' όσον δια τών κοπράνων των άποβάλλουν τās κύστεις.

2. Η κατηγορία αυτη τών άρρώστων χαρακτηρίζεται εκ τής ποικιλίας τών κλινικών εκδηλώσεων, αίτινες, αντί νά ύποβοηθοῦν, παραπλανοῦν, ως επί τό πλεϊστον, τήν διάγνωσιν, έφ' όσον άφοροῦν άλλα συστήματα.

Και άλλοτε μεν ή νόσος ύποδύεται μιαν κοινήν κολίτιδα: Ό άσθενής παραπονείται δι' έναλλασσομένης περιόδους

δυσκοιλιότητος καὶ εὐκοιλιότητος, μὲ κενώσεις ἐσχηματισμένας, πολτώδεις ἢ διαρροϊκάς.

Ἡ δυσκοιλιότης, σύμπτωμα ἐνδιάμεσον τῆς κολίτιδος, εἰς τινὰς περιπτώσεις ἐμφανίζεται ὡς τὸ μόνον τοιοῦτον. Οἱ ἄρρωστοι παραπονοῦνται δι' ἐπίμονον δυσκοιλιότητα, ἣτις ἐπιμένει, μὴ ὑποχωροῦσα μὲ τὴν συνήθη θεραπείαν. Εἰς ὅλας βεβαίως τὰς περιπτώσεις, καθ' ἃς ἐγκατεστάθη αἰφνιδίως μία τοιαύτη δυσκοιλιότης, δὲν θὰ πρέπη ἐπ' οὐδενὶ λόγῳ νὰ λησμονῶμεν, ὅτι καὶ ὁ καρκίνος ἔχει συχνά ὡς πρώτην ἐκδήλωσιν μίαν ἀνάλογον κατάστασιν.

Ἡ ἐπίμονος αὕτη δυσκοιλιότης δυνατὸν νὰ διακοπῇ αἰφνιδίως ἀπὸ τὴν ἀπότομον ἐμφάνισιν μιᾶς διαρροϊκῆς κενώσεως—πρὸ παντὸς νυκτερινῆς—περιεχοῦσης βλένναν ἄνευ αἵματος καὶ συνοδευμένης ὑπὸ ἀβληχρῶν καὶ διαχύτων κοιλιακῶν ἀλγῶν. Πολύ συχνά τὰ φαινόμενα ταῦτα ἐξαρτῶνται ἐκ κλιματολογικῶν ὄρων καὶ προκάλουνται ἀπὸ διαιτητικὰς παρεκκλίσεις.

Ἄλλα συνήθη φαινόμενα εἶναι οἱ ἐντερικοὶ κωλικοὶ καὶ τὸ αἰσθημα διατάσεως. Μετὰ τὸ γεῦμα, οἱ ἄρρωστοι παραπονοῦνται δι' ἓν αἰσθημα πληρώσεως, δι' ἀποβολὴν ἀερίων, διὰ διάχυτα καὶ ἀβληχρά ἄλγη, εἴτε πλέον ἐντετοπισμένα πρὸς τὴν τυφλικὴν χώραν, ὅποτε ἡ προσοχή μας στρέφεται πρὸς τὴν σκωληκοειδή. Ἄλλοτε πάλιν οἱ πόνοι ἐντοπίζονται πρὸς τὴν μεσότητα τοῦ ἐγκαρσίου καὶ κατὰ μήκος τοῦ κατιόντος—σιγμοειδοῦς. Τὰ φαινόμενα ταῦτα δυνατὸν νὰ συνοδεύωνται καὶ ὑπὸ ναυτίας εἴτε πρὸ εἴτε μετὰ τὸ γεῦμα.

Ἡ ὄρεξις ποικίλλει ἀπὸ τῆς πλήρους ἀνορεξίας μέχρι καὶ τῆς τυπικῆς βουλιμίας.

Αἱ ἐκ τοῦ νευροφυτικῆς συστήματος ἐκδηλώσεις δὲν εἶναι σπάνιαι. Εἰς ὅλας αὐτάς τὰς περιπτώσεις, ἐάν τὸ ἀναζητήσωμεν, θ' ἀνεύρωμεν εἰς τὸ ἀναμνηστικὸν τοῦ ἀρρώστου ἓν διαρροϊκὸν σύνδρομον. Ἡ κλινικὴ εἰκὼν περιλαμβάνει συμπτώματα ἐκ τοῦ κυκλοφορικοῦ συστήματος, τοῦ νευρικοῦ, ὡς καὶ ψυχικά.

Αἱ διαταραχαὶ ἐκ τοῦ κυκλοφορικοῦ χαρακτηρίζονται ἀπὸ παλμούς, ἀσθενῆ σφυγμὸν, ἐφίδρωσιν παλαμῶν καὶ πελμάτων, προκάρδια ἄλγη, ταχυπαλμίαν, σπανιώτερον βραδυκαρδίαν, ἐκτακτοσυστολάς. Ἐχομεν οὕτω τοὺς ψευδοκαρδιακοὺς, οἵτινες συμβουλευόνται τοὺς καρδιολόγους, φοβούμενοι, κυρίως, καρδιακὸν ἢ ἐκ τοῦ κυκλοφορικοῦ νόσημα.

Αἱ ἐκ τοῦ νευρικοῦ συστήματος διαταραχαὶ χαρακτη-

ρίζονται από ίλιγγους, ή συχνότης τῶν ὁποίων ἀνησυχεῖ τοὺς ἀρρώστους, τόσοσιν ὥστε ἐξέρχονται μετὰ συνοδοῦ, φοβούμενοι πτώσιν. "Ἄλλοτε ἔχομεν κεφασαλγίαν, ἰδίως πρωϊνήν, ποικίλης ἐντάσεως, ἣτις διαρκεῖ ἐπὶ ἐβδομάδας, ἰδίως ὅταν συνοδεύεται καὶ ὑπὸ δυσκοιλιότητος. "Ἄλλοτε πάλιν οἱ ἄρρωστοὶ αὐτοὶ παραπονοῦνται διὰ ραχιαλγίας, μυαλγίας τῶν ἄνω καὶ κάτω ἄκρων, ὕψηλιαν ἢ τούναντιον ἀνήσυχον ὕπνον, νευρικήν ὑπερδιέγερσιν, ἀπώλειαν μνήμης.

Ἡ κόπωσις εἶναι ἕτερον χαρακτηριστικὸν σημεῖον καὶ ἐκδηλοῦται κυρίως τὴν πρωϊαν, ἐξαφανίζεται δὲ προοδευτικῶς κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς ἡμέρας. Οὕτως, ὁ ἄρρωστος τὴν πρωϊαν, ἅμα τῇ ἐγέρσει, αἰσθάνεται ἑαυτὸν λιαν ἐξηντηλῆμένον καὶ ἀνίκανον δι' οἰανδήποτε ἐργασίαν. Συνήθως οἱ ἄρρωστοὶ οὗτοι ἀναφέρουν εἰς τὸ ἀναμνηστικὸν τῶν ἐν παλαιὸν καὶ λησμονηθὲν ἔκτοτε δυσεντερικὸν σύνδρομον.

"Ὅλαι αὐταὶ αἱ κλινικαὶ μορφαὶ συνοδεύονται καὶ ἀπὸ ἀπίσχνανσιν, ἣτις συχνὰ κυριαρχεῖ ὡς τὸ μόνον ἀνησυχητικὸν σύμπτωμα. Καὶ αὕτη, ὅμως, συνοδεύεται ἀπὸ διάφορα γαστρο-εντερικὰ φαινόμενα.

Πάντα ταῦτα τὰ φαινόμενα, ἥτοι ἡ ἀπίσχνανσις, ἡ κόπωσις, τὰ προκάρδια ἄλγη, οἱ ἴλιγγοι, αἱ κεφαλαλγίαι κλπ., δημιουργοῦν μίαν ἀγχώδη κατάστασιν, τὴν ὁποίαν θὰ πρέπη νὰ διαχωρίσωμεν ἀπὸ ψυχικὴν πάθησιν. Ἡ διαπίστωσις ἐνὸς παλαιοῦ δυσεντερικοῦ συνδρόμου, ἢ παρὰ τὴν λήψιν ἱκανῆς τροφῆς ἀπίσχνανσις, ἢ ὑπαρξίς ἐλαφρᾶς πυρετικῆς κινήσεως, συνηγοροῦν ὑπὲρ τῆς ἀμοιβαδικῆς αἰτιολογίας τῆς ἀγχώδους ταύτης καταστάσεως. Ἡ διαπίστωσις τῆς ἱστολυτικῆς ἀμοιβάδος, ἢ ἐξαφάνισις τῶν ὡς ἄνω συμπτωμάτων κατόπιν τῆς εἰδικῆς θεραπείας, θὰ ἐπιβεβαιώσουν τὴν αἰτιολογικὴν ταύτην διάγνωσιν.

3. Ἐκτὸς ἀπὸ τὰ προηγουμένως περιγραφέντα συμπτώματα, ἡ ἐμφάνισις καὶ διαρροϊκῶν φαινομένων χαρακτηρίζει τὴν κατηγορίαν ταύτην τῶν ἀρρώστων. Θὰ διακρίνωμεν οὕτω τὸ τυπικὸν πρωκτικὸν σύνδρομον. Αἰφνιδίως ὁ ἄρρωστος καταλαμβάνεται ἀπὸ κωλικούς τοῦ ἐντέρου, ἀπὸ τεινεσμόν, ὅστις ἀκολουθεῖται ἀπὸ μίαν διαρροϊκὴν κένωσιν, ἐπαναλαμβανομένην εἰς μικροτέραν ποσότητα, 3—10 φορές περίπου ἡμερησίως. Αἱ κενώσεις αὗται περιέχουν πάντοτε κόπρανα, συχνὰ βλέννας, οὐχὶ ὅμως καὶ αἷμα. Μικροσκοπικῶς ἐν τούτοις διαπιστοῦται ἡ ὑπαρξίς ἐρυθρῶν αἰμοσφαιρίων. Ἡ κατάστασις αὕτη διαρκεῖ δύο ἕως τρεῖς ἡμέρας, σπανιώτερον ἐβδομάδας, ὁπότε ὁ ἀριθμὸς τῶν κενώσεων περιορί-

ὕπερβαίνουσα τοὺς 38°. Εἰς ὄλας αὐτάς τὰς ἐμπυρέτους μορφάς— ἐπὶ τῶν ὁποίων θὰ ἐπανέλθωμεν—ἀκόμη καὶ ἐλαφράς, θὰ πρέπη νὰ ὑποπτευθῶμεν εἴτε συνυπάρχουσαν κολίτιδα ἄλλης αἰτιολογίας εἴτε κυρίως μίαν λανθάνουσαν ἀμοιβαδικὴν ἥπατιτίδα.

Ἡ ἐξέτασις τοῦ ἄρρωστοῦ θ' ἀποκαλύψη ἐνίστε ἐν προσωπεῖον ὠχρόν, γαιῶδες, ὅπερ ἐρμηνεύει συνήθως ἐπέκτασιν τῆς νόσου πρὸς τὸ ἥπαρ.

Κατὰ τὴν ψηλάφησιν ὀλόκληρον τὸ κόλον ἐμφανίζεται σπαστικόν, σχοινοειδές, ἐπώδυνον, ἰδίως παρὰ τὸ τυφλόν καὶ σιγμοειδές. Ἡ «δίπολος» αὕτη ἐντόπισις εἶναι χαρακτηριστικὴ τῆς ἀμοιβαδῶσεως.

Τὸ ἥπαρ εἶναι συνήθως φυσιολογικόν, ἐνίστε ὅμως καὶ ἐλαφρῶς διωγκωμένον καὶ ἐπώδυνον.

Β' Χρονία ἀμοιβαδικὴ δυσεντερία.

Ἡ ὀξεῖα δυσεντερία ἀντικαθίσταται ὀλίγον κατ' ὀλίγον ἀπὸ μίαν ὑποξείαν κατάστασιν, χαρακτηριζομένην ἀπὸ δυσκοιλιότητα, διακοπτομένην ἀπὸ περιόδους βλεννο-αιματηρῶν ἢ καὶ ἀπλῶν διαρροϊκῶν κενώσεων, διαρκείας ἡμερῶν τινῶν. Ἐπακολουθεῖ περίοδος ἡρεμίας, διαρκείας ἐβδομάδων, μηνῶν ἢ καὶ ἐτῶν, κατὰ τὴν ὁποίαν οἱ ἄρρωστοὶ ἐμφανίζουσι διαταραχὰς ἐξ ἄλλων συστημάτων, ὅπως ἐκ τοῦ νευροφυτικῶ κλπ.

Αἱ ὑποτροπιάζουσαι δυσεντερικαὶ κρίσεις, μὲ ἐνδιαμέσους περιόδους δυσκοιλιότητος καὶ ἀπλῶν διαρροϊκῶν φαινομένων, χαρακτηρίζουσι τὴν χρονίαν ἀμοιβαδικὴν δυσεντερίαν. Ἡ κατάσταση αὕτη δύναται νὰ διαρκέσῃ ἐπὶ ἔτη. Καὶ ἄλλοτε μὲν ἡ λειτουργία τοῦ ἐντέρου εἶναι φυσιολογικὴ, ἄλλοτε ὅμως, καὶ ἐφ' ὅσον ἡ νόσος παρατείνεται, ἐγκαθίσταται μία κατάστασις ἐναλλασσομένης δυσκοιλιότητος μετὰ παρατεταμένων περιόδων, καθ' ἃς αἱ κενώσεις εἶναι πολτώδεις ἢ διαρροϊκαὶ καὶ αἵτινες τελικῶς δυνατόν νὰ μονοποιηθοῦν. Ὡς ἐκ τούτου ἐπηρεάζεται ἡ γενικὴ κατάσταση τοῦ ἄρρωστοῦ, ἡ ἀντίστασις τοῦ ὄργανισμοῦ μειοῦται, ὁ ἀσθενὴς καθίσταται ἀνάπηρος. Παραπονεῖται διὰ κωλικούς παρὰ τὴν τελικὴν μοῖραν τοῦ ἐντέρου, δι' αἴσθημα διατάσεως τῆς κοιλίας, διὰ πόνους κατὰ τὴν ὀσφυϊκὴν χώραν. Ἡ ἀπίσχνανσις εἶναι σαφής, ἡ ὄψις ἀλλοιοῦται, ἡ κοιλία γίνεται σκαφοειδὴς καὶ ἐπώδυνος κατὰ μῆκος τοῦ παχέος ἐντέρου.

Ἡ διάρκεια τῆς νόσου εἶναι ποικίλη καὶ ὁ θάνατος δυνατόν νὰ ἐπέλθῃ λόγῳ μιᾶς ἐπιπλοκῆς. Ἡ ἱστολυτικὴ ἀμοιβὰς ἐξ ἄλλου

καταστρέφει τὰ τοιχώματα τοῦ ἐντέρου καὶ προκαλεῖ μεγάλας ἐξελκώσεις τοῦ βλεννογόνου. Ἡ ἐπούλωσις τούτων προκαλεῖ μεγάλας οὐλὰς ἐξ ἰνώδους ἱστοῦ. Τὰ ἐντερικὰ τοιχώματα ὑφίστανται πάχυνσιν καὶ στένωσιν. Ἡ ἀντικατάστασις τοῦ φυσιολογικοῦ βλεννογόνου ὑπὸ οὐλώδους ἱστοῦ θὰ ἔχη ὡς συνέπεια τὴν μὴ ἀπορρόφησιν τῶν ὑγρῶν, ἐξ οὗ χρονία ἐπίμονος διάρροια, παρὰ τὸ γεγονός ὅτι ἡ ἱστολυτικὴ ἀμοιβὰς ἔχει πλέον ἐξαφανισθῆ ἐκ τοῦ ἐντέρου.

ΚΛΙΝΙΚΑΙ ΜΟΡΦΑΙ

Α' Συμπτωματικά.

1. Βαρεταί μορφαί. Αὗται ὑποδύονται ἄλλας βαρείας λοιμώξεις, ὡς σηψαιμίαν, τυφοειδῆ πυρετόν, διάρρησιν τοῦ πεπτικοῦ σωλήνος, ὀξείαν γαστροεντερίτιδα. Γενικῶς κατὰ τὰς μορφὰς αὐτάς ἡ νόσος εἰσβάλλει αἰφνιδίως, ἐμπυρέτως, μὲ βαρεῖαν γενικὴν κατάστασιν, μὲ κενώσεις λίαν αἱματηράς, αἵτινες περιέχουν ὑπολείμματα γαγγραινοποιηθέντος βλεννογόνου, δυσόσμους, τῶν ὀλείμματα γαγγραινοποιηθέντος βλεννογόνου, δυσόσμους, τῶν ὀλκείων ὁ ἀριθμὸς ἐγγίζει τὰς 50 ἡμερησίως. Καὶ ἄλλοτε μὲν ὑποπεύεται τις μίαν βακτηριδικὴν δυσεντερίαν, αἱ ἐξετάσεις δὲ μὴ παραμένουν ἀρνητικαί, ἐνῶ ἄλλαι ὑποδύονται τὴν κλινικὴν εἰκόνα ἐνός τυφοειδοῦς μὲ πυρετόν 39°—40°, τυμπανισμόν, διάρροϊαν, συχνὰ μὲ αἷμα, ὥστε νὰ φοβῆται τις ἐντερορραγίαν. Ἄλλοτε τούναντίον συνυπάρχουν ἔμετοι, ἐπιγαστρικὸς πόνος ἢ, ἀκόμη περισσότερο, ἡ νόσος ὑποδύεται τὴν χολέραν, ἐνῶ ἄλλοτε ἔχομεν τὴν εἰκόνα μιᾶς ὀξείας χειρουργικῆς κοιλίας.

Εἰς ὅλας αὐτάς τὰς περιπτώσεις ἡ πρόγνωσις εἶναι ἐξαιρετικῶς σοβαρά, ὁ δὲ θάνατος δυνατὸν νὰ ἐπέλθῃ ἐντός 2 ἕως 6 ἑβδομάδων. Παρουσίᾳ μιᾶς τοιαύτης καταστάσεως θὰ ἐφαρμοσθῆ ἐπείγουσα συμπτωματικὴ ἀγωγή, σκοπὸν ἔχουσα ἀφ' ἐνός μὲν τὴν καταπολέμησιν τοῦ colapsus, ἀφ' ἐτέρου δὲ τὴν καταπολέμησιν τῆς ἀφυδατώσεως καὶ τοῦ ἐκ ταύτης προκύπτοντος βιολογικοῦ συνδρόμου (ὑποπρωτεΐναιμία, χλωροπενία, ὑποκαλιαιμία, ἀζωθαιμία κλπ.). Μόνον ἀφοῦ καταπολεμηθῇ τὸ choc, θὰ ἐφαρμοσθῆ, μετὰ πάροδον ἡμερῶν, ἡ εἰδικὴ ἀντι-ἀμοιβαδικὴ θεραπεία, χωρὶς νὰ λησμονῶμεν τὴν πιθανὴν συνύπαρξιν βακτηριδιακῆς καὶ ἀμοιβαδικῆς δυσεντερίας.

2. Ἀπατηλαί μορφαί. Λίαν συχναί, θέτουν διαγνωστικὸν πρόβλημα, δεδομένου ὅτι, πρὸ τῶν συμπτωμάτων αὐτῶν, δὲν σκέπτεται τις τὴν ἀμοιβάδωσιν.

Και άλλοτε μὲν ὁ ἄρρωστος παραπονεῖται διὰ δυσπεπτικά φαίνομενα—τά ὁποῖα ἔχουν ἤδη ἀποδοθῆ εἰς «ἡπατικήν ἀνεπάρκειαν»—ἐνίοτε μὲ νυγμοὺς κατὰ μήκος τοῦ παχέος ἐντέρου, ἄλλοτε δι' αἰφνίδιον καὶ ἐπεὶ γον αἰσθημα ἀφοδεύσεως ἢ περίοδον δυσκοιλιότητος μὲ 2—3 πολτώδεις κενώσεις εἰς τὸ τέλος.

Ἄλλοι ἄρρωστοι, τούναντίον, παραπονοῦνται διὰ 3, 4, 5 ἡμιπολτώδεις κενώσεις ἡμερησίως, μὲ γενικὴν κατάστασιν καλήν, ἐλαφρὰν ἀπίσχνανσιν. Εἰς τούτους ἡ ἐξέτασις ἀποκαλύπτει ἐπώδυνον κόλον, ἥπαρ ὑπερτροφικόν καὶ ἐλαφρῶς ἐπώδυνον.

Παρουσία ἐνὸς τοιούτου ἀσαφοῦς διαρροϊκοῦ συνδρόμου, καθ' ὃ δὲν διαπιστοῦται ἄλλη λοιμώδης ἢ τοξικὴ αἰτία, θὰ προβῶμεν εἰς ὄλας ἐκεῖνας τὰς ἐξετάσεις, αἵτινες θ' ἀποδείξουν τὴν ἀμοιβαδικὴν προέλευσίν του. Ἐάν ἡ κατάστασις αὕτη δὲν ὑποβληθῆ εἰς τὴν δέουσαν θεραπείαν, θὰ ἐξελιχθῆ ὀλίγον κατ' ὀλίγον πρὸς τὴν προηγουμένως περιγραφεῖσαν χρονίαν μορφήν.

Εἰς τὰς ἀπατηλὰς ταύτας μορφὰς δυνάμεθα νὰ προσθέσωμεν καὶ ἐκεῖνας, αἵτινες ὑποδύονται ἄλλην νόσον. Οὕτω δυνατόν ἢ ἀμοιβάδωσις νὰ ὑποδυθῆ δυσπεπτικά φαινόμενα, ἀκόμη καὶ ἄτυπον ψευδο-ελκῶδες σύνδρομον. Δυνατόν νὰ ὑποδυθῆ μίαν ἐλονοσίαν, ἢ ἀκόμη καὶ πάθησιν τοῦ νεφροῦ, ὅπως κωλικόν ἢ καὶ νεφρίτιδα.

3. Ἐμπύρετος μορφή. Εἰς ταύτην περιλαμβάνομεν τὰς καταστάσεις ἐκεῖνας, κατὰ τὰς ὁποίας ὁ πυρετὸς ἀποτελεῖ τὸ μόνον κλινικὸν στοιχεῖον τῆς νόσου, ἀποκλειομένων τοιοιουτρόπως τῶν βαρυτάτων ἐκεῖνων μορφῶν τῆς ἀμοιβαδώσεως τῶν ἐξελισσομένων ὡς σηψαιμικὴ τις κατάστασις, τῶν ἀμοιβαδικῶν ἀποστημάτων τοῦ ἥπατος ὡς καὶ τῆς συγχρόνου ἐξελίξεως ταύτης μετ' ἄλλης τινὸς ἐμπυρέτου νόσου.

Οὕτως ἡ γνησία ἐμπύρετος μορφή τῆς ἀμοιβαδώσεως ὑποδέεται τὸν τυφοειδῆ, λόγῳ τοῦ ὑψηλοῦ πυρετοῦ, τῶν διαχύτων κοιλιακῶν ἀλγῶν, τοῦ μετεωρισμοῦ, μιᾶς ἐλαφρᾶς διογκώσεως τοῦ σπληνός, ἐνίοτε δὲ καὶ μιᾶς διαρροϊκῆς καταστάσεως. Ἡ ἀπουσία ροδάνθης, τυφώδους καταστάσεως, αἱ ἀρνητικαὶ ἐργαστηριακαὶ ἐξετάσεις θὰ μᾶς ὀδηγήσουν πρὸς τὴν ἔρευναν ἄλλων αἰτίων.

Ἄλλοτε ὑποδέεται τὴν φυματίωσιν, λόγῳ παρατεταμένης καὶ ἀνεξηγήτου πυρετικῆς καταστάσεως, ἣτις συνοδεύεται ὑπὸ ρίγους, ἰδρώτων ἢ ἐξελίσσεται ἀνωμάλως, ἐπιμόνων μὴ ὑποχωροῦσα.

Ἡ γενικὴ κατάστασις προσβάλλεται, φθάνουσα μέχρι καὶ καχεξίας, ἢ δὲ διάγνωσις ἐπιπλέκεται ἔτι περισσότερο ὁσάκις ἐπι-

προστίθενται καιλιακά ἄλγη, ὅποτε σκεπτόμεθα τὴν φυματιώδη περιτονίτιδα.

Ἡ αἰτιολογικὴ διάγνωσις τοῦ πυρετοῦ τούτου βραδύνει ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον καὶ θὰ πρέπει νὰ σκεφθῇ τις τὴν ἀμοιβάδωσιν ὡς αἷτιον, ὅποτε ἡ εἰδικὴ θεραπεία θέτει τέρμα εἰς τὸν πυρετὸν αὐτόν. Ἡ παθογένεια τῆς ἐμπυρέτου ταύτης μορφῆς δὲν ἔχει διευκρινηθῆ. Δὲν ἀποκλείεται ὅμως ὁ πυρετὸς νὰ ὀφείλεται, ἀρκετὰ συχνά, εἰς μίαν λανθάνουσαν καὶ ὑπόυλως ἐξελισσομένην ἀμοιβαδικὴν ἥπατίτιδα.

4. Αἱμορραγικὴ μορφή. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς πρόκειται περὶ μεγάλων ἐντερορραγιῶν, ἄνευ ἄλλης συμπτωματολογίας, ἄνευ δυσεντερικοῦ συνδρόμου. Παρουσία τούτων σκεπτόμεθα τὸν καρκίνον, τὴν αἱμορραγικὴν ὀρθοκολίτιδα, μίαν αἱμορραγικὴν ἐκκολπωματίτιδα κ.ο.κ. Ἀπασαὶ ὅμως αἱ ἐξετάσεις ἀποβαίνουσαν ἀρνητικαὶ καὶ ἡ ὀρθοσκόπησις, ἐάν ἀποκαλύψῃ τὰς τυπικὰς ἐξελκώσεις, ὀδηγεῖ πρὸς τὴν ὀρθὴν διάγνωσιν.

5. Ἀναιμικὴ μορφή. Παρατηρεῖται προσβολὴ τῆς γενικῆς καταστάσεως μὲ κύριον εὔρημα τὴν μεγάλην μείωσιν τοῦ ἀριθμοῦ τῶν ἐρυθρῶν αἰμοσφαιρίων (1.000.000). Συνήθως συνυπάρχει ἀδενοπάθεια, μεγαλοσπληνία, ἀχυλία καὶ πυρετικὴ κίνησις φθάνουσα τοὺς 38°.

6. Συνύπαρξις μὲ ἄλλο παράσιτο. Ἀρκετὰ συχνά ἡ ἀμοιβάδωσις συνυπάρχει καὶ μὲ ἄλλην παρασίτωσιν, μετὰξὺ τῶν ὁποίων πρωτεύουσαν θέσιν κατέχει ἡ λάμβλιασις.

Ὑπενθυμίζομεν ὅτι ἡ λάμβλια ἢ *Giardia intestinalis* εἶναι μαστιγοφόρον, μονοκύτταρον πρωτόζωον, τὸ ὁποῖον μεταδίδεται διὰ καταπόσεως τῶν κύστεων. Καὶ ἐνῶ ἡ ἀμοιβὰς προτιμᾷ τὸ κόλον, ἡ λάμβλια ἐγκαθίσταται συνήθως εἰς τὸ 12δακτύλον, τὴν νήστιδα καὶ τὰς χοληφόρους ὁδοὺς, μόνον δὲ αἱ κύστεις τῆς ἐγκαθίστανται εἰς τὸ κόλον. Ἐξ οὗ καὶ ἡ ἀνεύρεσις τοῦ παρασίτου τούτου εἶναι συνήθως εὐχερεστέρα διὰ τοῦ καθητηριασμοῦ τοῦ 12δακτύλου παρά διὰ τῆς ἐξετάσεως τῶν κοπράνων.

Αἱ λάμβλια δὲν προκαλοῦν ἐξελκώσεις τοῦ ἐντερικοῦ βλεννογόνου. Ὅσάκις ὅμως ἔχουν δημιουργηθῆ τοιαῦτα ἐκ τῆς ἀμοιβάδος, αἱ λάμβλια ἐπιδεινώνουσι τὴν κατάστασιν ταύτην, διότι προσκολληθῶνται καὶ διαβιοῦν ἐντὸς τῶν ἐξελκώσεων τούτων, ἐμποδίζουσαι οὕτω τὴν ἐπούλωσιν των. Λόγῳ, ἐξ ἄλλου, τοῦ μεγάλου ἀριθμοῦ τῶν ἐρεθίζουσαν, ἀκόμη καὶ τραυματίζουσαν τὸν βλεννογόνον, ἐμποδίζουσαι τὴν ἐντερικὴν ἀπορρόφησιν. Ἡ συνύπαρξις ἐπομένως καὶ

μόνον τῶν δύο αὐτῶν παρασίτων, ὡσάκις δὲν πρόκειται περὶ πολυ-
παρασιτώσεως, ἐπιδεινώνει τὴν κολίτιδα, ἐμποδίζει δὲ καὶ τὴν ἰα-
σίν της, ἐφόσον δὲν ἐφαρμοσθῇ ἡ ἀνάλογος θεραπευτικὴ ἀγωγή.

* *

Β' Μορφαὶ ἀναλόγως τῆς ἐντοπίσεως.

Κατὰ τὴν κλασσικὴν μορφήν τῆς ἀμοιβαδώσεως, εἴτε πρόκειται
περὶ ὀξείας μορφῆς, εἴτε περὶ τῆς ὑποδυσόμενης τὴν κοινὴν κολίτιδα,
προσβάλλεται, ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον, ὀλόκληρον τὸ κόλον. Ὑπάρχουν
ὅμως, ἀρκετὰ συχνά, μορφαί, αἵτινες διακρίνονται λόγῳ τῆς εἰδικῆς
καὶ ἐκλεκτικῆς ἐντοπίσεως τῶν ἐπὶ μοίρας τινὸς τοῦ παχέος ἐντέρου.
Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς ἡ διάγνωσις παρουσιάζει δυσχερείας καὶ
ὡς ἐκ τούτου ἐμποδίζεται πολλάκις ἡ ἐφαρμογὴ τῆς καταλλήλου
θεραπευτικῆς ἀγωγῆς.

Αἱ κυριώτεραι τῶν εἰδικῶν τούτων ἐντοπίσεων εἶναι αἱ ἑξῆς :

1. Ἐντόπισις ἐπὶ τοῦ τυφλοῦ. (Ἀμοιβαδικὴ τυφλί-
τις). Ἡ ἐντόπισις αὕτη παρουσιάζει σημαντικὸν ἐνδιαφέρον λόγῳ
τῆς συχνότητός της, ἀλλὰ καὶ διότι ἐρμηνεύει μίαν μονήρη ἐλκώδη
ἀμοιβαδικὴν τυφλίτιδα. Ἡ ἐπέκτασις πρὸς τὴν σκωληκοειδῆ ἀπόφυ-
σιν ἐπιφέρει σχεδὸν πάντοτε σύγχυσιν, ὃ δὲ ἄρρωστος χειρουργεῖται
ὡς πάσχων ἐκ σκωληκοειδίτιδος.

Τὸ τυφλόν, κατὰ μίαν προσβολὴν δυσεντερίας, συμμετέχει εἰς
ποσοστὸν 60%, εἴτε πρόκειται περὶ προσβολῆς ὀλοκλήρου τοῦ ἐντέ-
ρου, εἴτε ἐντετοπισμένης εἰς τὸ τυφλόν, ὁπότε συμμετέχει καὶ ἡ
σκωληκοειδὴς εἰς ἀναλογίαν 41% (Clark).

Κατὰ τὴν ὀξείαν μορφήν ἡ ἐντόπισις εἰς τὸ τυφλόν
ὑποδύεται συχνά τὴν σκωληκοειδίτιδα. Θὰ πρέπη ἐπομένως νὰ
διαγνωσθῇ ἡ τυφλίτις, ὥστε ν' ἀποφευχθῇ μία ἄσκοπος καὶ ἐπικίν-
δυνος ἐπέμβασις.

Ἡ νόσος εἰσβάλλει αἰφνιδίως, ἀρχικῶς μὲ πόνους διαχύτους
κατὰ τὴν τυφλικὴν χώραν, οἱ ὅποιοι ἐν συνεχείᾳ περιορίζονται
πρὸς τὴν χώραν τῆς σκωληκοειδοῦς. Ἡ ἀνεύρεσις τοῦ ἐπωδόνου
σημείου Mac Burney ὁδηγεῖ πρὸς ἐσφαλμένην διάγνωσιν.

Εἰς ὅλας αὐτὰς τὰς περιπτώσεις θ' ἀναζητήσωμεν ὠρισμένα
σημεῖα, ἅτινα εἶναι κατὰ τῆς διαγνώσεως τῆς σκωληκοειδίτιδος.

Ταῦτα εἶναι :

— Ἡ ἀπουσία ἐμέτων.

— Ἡ ἐλαφρά μόνον ἀνύψωσις τῆς θερμοκρασίας.

— Ὁ οὐχὶ ταχύς σφυγμός.

— Ἡ ἀπουσία δυσκοιλιότητος.

— Ἐν διαρροϊκὸν σύνδρομον ὀλίγας ἡμέρας πρὸ τῆς κρίσεως, με βλέννας ἢ καὶ αἷμα, τοῦ ὁποῦ πιθανὸν νὰ ἔπεται ἐπὶ 1-2 ἡμέρας ἐλαφρὰ δυσκοιλιότης.

Εἰς τινὰς ὅμως περιπτώσεις ὁ πυρετὸς εἶναι ὑψηλός, ἢ δυσκοιλιότης ἔντονος, οἱ ἔμετοι συχνοί.

Εἰς τὰς περιπτώσεις ταύτας ἢ ἐξέτασις τοῦ ἀρρώστου ἀποκτᾷ ἰδιάζουσαν σημασίαν :

— Κατὰ τὴν ψηλάφησιν τοῦ δεξιοῦ λαγονίου βόθρου : ὑπερευαισθησία τοῦ δέρματος με διάχυτον πόνον τοῦ δεξιοῦ ἡμιμορίου τῆς κοιλίας.

— Παρὰ τὸ ἐπώδυνον σημεῖον Mac Burney, ἀπουσιάζει ἡ γνησία σύσπασις τοῦ κοιλιακοῦ τοιχώματος.

— Τὸ τυφλὸν ψηλαφᾶται συνεσπασμένον, τεταμένον, «ἐν στόσει», διηρυσμένον καὶ ἐπώδυνον, ἰδίως παρὰ τὸ ἔξω χεῖλος αὐτοῦ.

— Ὁ πόνος οὗτος τοῦ τυφλοῦ διαχέεται κατὰ μῆκος τοῦ δεξιοῦ κόλου, μέχρι τῆς ἡπατικής καμπῆς καὶ δὲν ἐντοπίζεται μόνον παρὰ τὸ σημεῖον Mac Burney.

— Συνύπαρξις ἐπώδυνου σημείου παρὰ τὸ σιγμοειδές.

— Συνύπαρξις ἐπώδυνου δονήσεως τοῦ ἥπατος (Blanc καὶ Sigulier).

Τὸ σημεῖον τοῦτο, μεγίστης διαγνωστικῆς σημασίας ὡς ἐρμηνεῦον προσβολῆν τοῦ ἥπατος, ἐρευνᾶται ὡς ἑξῆς : Ἐπὶ τοῦ ἀρρώστου, εὐρισκομένου εἰς ὑπτίαν θέσιν, θέτομεν τοὺς δακτύλους τῆς ἀριστερᾶς χειρὸς μας ἐν εἴδει ριπιδίου ἐπὶ τοῦ δεξιοῦ ὑποχονδρίου. Διὰ τῆς ὠλενίας πλευρᾶς τῆς δεξιᾶς χειρὸς ἐπικρούομεν ἰσχυρῶς ἐπὶ τούτου ἐν εἴδει κτυπήματος πελέκεως. Εἰς περίπτωσιν προσβολῆς τοῦ ἥπατος ὁ ἄρρωστος αἰσθάνεται ἐν τῷ βάθει μίαν ἐπώδυνον δόνησιν τοῦ ἥπατος, τόσον ὥστε νὰ ἐπέρχεται διακοπὴ τῆς ἀναπνοῆς, ὠχρότης καὶ ἔντονος πόνος. Ἀριστερὰ τὸ σημεῖον τοῦτο εἶναι ἀρνητικόν. Τὴν ἔρευναν ταύτην δυνάμεθα νὰ ἐπαναλάβωμεν θέτοντες τὸν ἄρρωστον εἰς ἀριστερὰν πλαγίαν θέσιν με ἀνυψωμένον τὸν δεξιὸν βραχίονα, ἢ καθήμενον, ὥστε νὰ ἐρευνήσωμεν τὴν ὀπισθίαν ἐπιφάνειαν τοῦ ἥπατος.

Ἐν συμπεράσματι : ἡ ἀπουσία γνησίας συσπάσεως τῶν κοιλιακῶν τοιχωμάτων, τὸ τεταμένον τυφλόν, τὸ ἐπώδυνον ἥπαρ, ἐπιτρέπουν τὴν ἀναβολὴν τῆς ἐπεμβάσεως καὶ τὴν συστηματικὴν δι' ἐμετίνης θεραπείαν ὑπὸ ἀσπτηρὰν ὅμως ἰατροχειρουργικὴν ἐπίβλεψιν, ἐὰν καὶ ἐφ' ὅσον ἔχωμεν βασίμους ὑποψίας ὅσον ἀφορᾷ

τήν άμοιβαδικήν αίτιολογίαν. Έν ένάντιά περιπτώσει εΐναι προτιμότερον ό άρρωστος νά χειρουργηθῆ, παρά τόν κίνδυνον τῆς σχεδόν άμέσου μετεγχειρητικῆς έκδηλώσεως ένός γνησίου δυσεντερικού συνδρόμου.

Ένίοτε, όμως, ούδέν σημεΐον έπιτρέπει τήν διαφορικήν διάγνωσην μεταξύ μιᾶς όξειας καί παρά τό τυφλόν έντετοπισμένης άμοιβαδώσεως από μίαν όξειαν σκληροειδίτιδα καί τοϋτο λόγω τῆς όξειας είσβολῆς, τών έμέτων, τοϋ ύψηλοϋ πυρετοϋ, τῆς ύπάρξεως τυπικοϋ σημείου Mac Burney. Πιθανόν ή ένταϋθα μικροτέρα αύξησις τών λευκών αίμοσφαιρίων, ή παρουσία ήωσινοφίλων, ή άπουσία πόνου κατά τόν Δουγλάσσειον νά γεννοϋν ώρισμένας άμφιβολίας. Ουδείς όμως τολμᾷ ν' άναβάλῃ τήν επέμβασιν, Ιδίως όταν ή έντόπισις αύτη δύναται νά υποδυθῆ καί αύτήν τήν διάτρησιν.

Εΐς τās άμοιβαδώσεις ήπίας μορφῆς καί έξελιξεως, ή εΐς τό τυφλόν έντόπισις έκδηλοϋται μέ ποικίλα συμπτώματα. Οϋτω παρατηρεΐται κατά τόν δεξιόν λαγόνιον βόθρον εΐς έντετοπισμένος καί έπώδυνος μετεωρισμός, έπιδεινούμενος ώρας τινάς μετά τό γεϋμα. "Άλλοτε έκδηλοϋται ως πρωΐνή πολτώδης ή διαρροϊκή κένωσις εΐτε ως έπίμονος δυσκοιλιότης εΐτε υποδύεται συμπτωματολογίαν άσυνήθη διά τήν νόσον.

Εΐς δλας αύτάς τās περιπτώσεις, άκόμη καί τās όξειας, ό άκτινολογικός έλεγχος, κατόπιν βαριούχου ύποκλυσμοϋ, δΐδει πολυτίμους πληροφορίας, άποκαλύπτων άλλοιώσεις καί παραμορφώσεις τοϋ τυφλοϋ, άν δχι παθογνωμονικάς, τοϋλάχιστον έκτεταμένης κολίτιδος, τās όποιας θέλομεν περιγράψει εΐς τό κεφάλαιον τῆς διαγνώσεως.

2. Έντόπισις επί τοϋ όρθοϋ. (Άμοιβαδική όρθίτις).

Ός μόνης έντοπίσεως τῆς νόσου, άνευ έπεκτάσεως πρός τό ύπόλοιπον κόλον, εΐναι δύσκολον νά έκτιμηθῆ ή συχνότης τῆς. Νομίζομεν μολαταϋτα, παρά τās άντιθέτους άπόψεις τών ξένων συγγραφέων καί κρίνοντες έκ τών έκατοντάδων περιπτώσεων, ως ήδυνήθημεν νά έλέγξωμεν καί παρακολουθήσωμεν, ότι ή μορφή αύτη εΐναι άρκετά συχνή. Έν συνδυασμῷ δέ μέ συγχρόνους έντοπίσεις καί εΐς άλλας μοΐρας τοϋ κόλου, δέον νά εΐναι ή πλέον συχνή.

Εΐς τās όξειας δυσεντερίας προσλαμβάνει Ιδίαν κλινικήν εΐκόνα χαρακτηριζομένην από πόνους, άνωμάλους κενώσεις καί Ιδίαν όρθοσκοπικήν εΐκόνα.

Η άμοιβαδική όρθίτις έχει ως κλινικήν έκδήλωσιν τόν τει-

νεσμόν. Ἐνίοτε τὸ σύμπτωμα τοῦτο, λόγω ἀνωμάλου ἀντανεκλάσεως, στρέφει τὴν προσοχὴν πρὸς ἄλλα ὄργανα. Δυνατὸν νὰ ἐκδηλωθῇ ὡς ἐπώδυνον βᾶρος πρὸς τὸ περίνεον μὲ ἀντανάκλασιν πρὸς τὴν κύστιν καὶ φαινόμενα δυσουρίας, ἰδίως κατὰ τὴν ἀφόδευσιν.

Αἱ κενώσεις συνίστανται εἰς ἀποβολὴν αἱματηρᾶς βλένης, συνήθως ἄνευ κοπράνων ἢ μὲ ἐλάχιστα τοιοῦτα. Ἄλλοτε πρόκειται περὶ ψευδο - διαρροίας, μὲ ἀποβολὴν ὄρο - αἱματηροῦ ὑγροῦ. Ἄλλοτε πάλιν αἱ ὄρο - βλεννο - αἱματηραὶ κενώσεις ἐναλλάσσονται μὲ φυσιολογικῆς συστάσεως τοιαύτας. Ἡ κατάστασις αὕτη συνοδεύεται ἐνίοτε ἀπὸ πόνους, οἵτινες προσλαμβάνουν τοὺς χαρακτήρας τῆς ραγάδος. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς παρατηροῦνται συνήθως καὶ αἱ ἐπώδυνοι σιμορροϊδικοὶ κρίσεις, ἢ καὶ αὐτὴ ἡ πρόπτωσις τοῦ βλεννογόνου τοῦ ὀρθοῦ. Ἐχουν, ἐπίσης, ἀναφερθῆ περιπτώσεις ἀμοιβαδικῆς ὀρθίτιδος μετὰ συνυπάρξεως ὀρθο - πρῶκτικοῦ κοκκιώματος, ὡς ἐπίσης καὶ στενώσεως τοῦ ὀρθοῦ, ἂν καὶ εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς δεόν νὰ εἶναι τις λίαν ἐπιφυλακτικὸς καὶ ν' ἀποκλείσῃ πρωτίστως τὴν νόσον τῶν Nicolas-Favre.

Εἰς ὅλας αὐτὰς τὰς περιπτώσεις ἐπιβάλλεται ἡ ὀρθοσκόπησις, ἣτις χάρις εἰς τὰς χαρακτηριστικὰς ἀλλοιώσεις τοῦ βλεννογόνου—ἡτις ἀναλόγως τοῦ σταδίου ἐξελιξέως τῆς νόσου—θὰ ἐπιβάλη τὴν διάγνωσιν καὶ θ' ἀποκλείσῃ κυρίως τὴν ὑπαρξιν καρκίνου τοῦ ὀρθοῦ, ὅστις κλινικῶς ὑποδύεται σχεδὸν τὴν αὐτὴν εἰκόνα.

Εἰς τὰς χρονίας μορφὰς τῆς ἀμοιβαδικῆς δυσεντερίας, ἢ εἰς τὸ ὀρθὸν ἐντόπιαις ἄλλοτε μὲν ἐκδηλοῦται ὡς χρονία ἀμοιβαδικὴ ὀρθίτις, ἄλλοτε δὲ ὡς μονήρης καὶ μεγάλη ἐξέλιξις τοῦ ὀρθοῦ. Οὕτω θὰ προσλάβῃ τὴν κλινικὴν εἰκόνα τῆς δυσεντερίας μὲ τὸν τεινεσμόν καὶ τὰς βλεννο - αἱματηρὰς κενώσεις, ἄλλοτε δὲ τὴν τῆς ἀπλῆς διαρροίας μὲ ποικίλης ἐντάσεως πόνους κατὰ τὴν ἀφόδευσιν. Καὶ ἐδῶ ἡ ὀρθοσκόπησις, ἀλλὰ καὶ ἡ δακτυλικὴ ἐξέτασις, ἐπιβάλλονται ἀπολύτως.

Ἡ εἰς τὸ ὀρθὸν ἐντόπιαις τῆς ἀμοιβαδῶσεως γεννᾷ πάντοτε ἓν πρόβλημα : τὴν συνύπαρξιν μὲ καρκίνον τοῦ ὀρθοῦ, καὶ ἐν συνεχείᾳ τὴν ἀναζήτησιν τῶν πιθανῶν σχέσεων μεταξὺ ἀμοιβαδῶσεως καὶ καρκίνου.

Ὅταν μία προσβολὴ τῆς γενικῆς καταστάσεως συνοδεύεται καὶ ἀπὸ ψηλαφητὸν ὄγκον, ἐπιβάλλεται ἡ διευκρίνησις τῆς φύσεως τοῦ ὄγκου τούτου.

Εἰς τοὺς παλαιούς δυσεντερικούς, οἵτινες ἔχουν ὑποστῆ ἔπανεϊλημμένες προσβολάς, δημιουργεῖται μία περισιμοειδίτις, κλινικῶς ἐκδηλουμένη ὡς διάχυτος ὄγκος, ἀκτινολογικῶς δὲ ὡς στένωσις, ἐνίοτε ἀρκετὰ ἐκτεταμένη.

Ἄλλὰ καὶ ὄγκον, καὶ μάλιστα ψηλαφητόν, δύναται νὰ δημιουργήσῃ ἡ ἀμοιβάδωσις. Ἀναφέρεται ἐκτομῇ τοῦ ἐντέρου δι' ὄγκον — διαγνωσθέντα ὡς καρκίνον — ὅστις εἶχε προκαλέσει ἀπόφραξιν τοῦ ἐντέρου (Willmore). Ἡ ἱστολογικὴ ἐξέτασις ἀπεκάλυψε τὴν ἐντὸς τοῦ γιγαντοκυτταρικοῦ τούτου ὄγκου ὑπαρξιν πολλῶν ἱστολυτικῶν ἀμοιβάδων. Ἀνευρέθησαν ἐπίσης ὄγκοι τοῦ τυφλοῦ καὶ σιγμοειδοῦς, μὲ ψηλαφητοὺς ἀδένας τοῦ μεσεντερίου, οἵτινες ὑπεχώρησαν κατόπιν καταλλήλου ἀντιανοιβαδικῆς θεραπείας. Οἱ Vaccarezza καὶ Finocchietto περιέγραψαν περίπτωσιν φλεγμονώδους ὄγκου καταλαμβάνοντος τὸ τυφλὸν καὶ ἀνιόν, ὅστις ἀφῆρῆθῃ καὶ ἱστολογικῶς ἀπεδείχθη ὅτι ἐπρόκειτο περὶ κοκκιώματος.

Ἐνίοτε ἀντὶ ὄγκου ἀνευρίσκομεν διὰ τῆς δακτυλικῆς ἐξετάσεως μὲν ἡρεῖς ἔλκος, ἐπεκτεινόμενον εἰς βάθος, μὲ χεῖλη σκληρά, ὡς εἰς τὸν καρκίνον. Ἡ ἀμοιβαδικὴ φύσις τοῦ πιστοποιεῖται χάρις εἰς τὴν *in situ*, κατόπιν ἀποξέσεως, ἀνακάλυψιν τῶν ἀμοιβάδων καὶ τὴν βιοψίαν. Μὲ τὴν κατάλληλον δὲ θεραπείαν ἡ ἐπούλωσις ἐπέρχεται ταχύτατα. Ὁ Manson-Bahr ἀναφέρει δύο τοιαύτας περιπτώσεις, εἰς ἃς κατὰ μὲν τὴν πρώτην τὸ ἔλκος ἐνεφανίσθη 20 ἔτη μετὰ τὴν πρώτην ἀμοιβαδικὴν προσβολήν, μετὰ δέκα δὲ ἔτη εἰς τὴν δευτέραν περίπτωσιν. Ἡμεῖς ἔχομεν δημοσιεύσει μίαν τοιαύτην περίπτωσιν μονήρους ἔλκου (Archives des maladies de l'appar. digestif, 1947, p. 410 - 417).

Εἰς περίπτωσιν χρονίων ἔλκων ὑφίσταται πάντοτε ἡ δυνατότης κακοήθους ἐξασλλαγῆς. Ἀναφέρονται περιπτώσεις ἀμοιβαδοπαθῶν, εἰς τοὺς ὁποίους ἀνεπτύχθη κακοήθης ὄγκος. Οὕτως εἰς μίαν περίπτωσιν ἔλκος τοῦ πρωκτοῦ, κατὰ μὲν τὴν πρώτην ἐξέτασιν ἀνευρέθησαν ἐντὸς αὐτοῦ ἱστολυτικαὶ ἀμοιβάδες. Δευτέρα δὲ μὴ ἐξέτασις, γενομένη μετὰ ἑβδομάδας, ἀπεκάλυψε τὴν ἐκεῖ ὑπαρξιν καρκίνου.

Ἰδιαίτερον ἐνδιαφέρον παρουσιάζει ἡ συνύπαρξις ἀμοιβαδῶσεως καὶ καρκίνου, ὅστις ἐντοπιζεῖται εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς κυρίως εἰς τὸ ὀρθόν, σπανιώτερον εἰς τὸ σιγμοειδές. Ἐλάχισται τοιαῦται περιπτώσεις ἔχουν δημοσιευθῆ, μεταξύ τῶν ὁποίων συγκαταλέγονται καὶ πέντε ἡμέτεροι (βλ. προμνημονευθὲν ἄρθρον εἰς Arch. mal app. dig.). Ἡ συχνότης τοιαύτης συνυπάρξεως ποικίλλει ἀπὸ χώρας εἰς χώραν. Ὁ Manson-Bahr ἀναφέρει δύο περιπτώσεις. Οἱ Reed καὶ

Anderson 4 περιπτώσεις χρονίας άμοιβαδώσεως, κατά τας οποίας ό καρκίνος είτε συνώδευεν είτε είπετο της μολύνσεως. Είς τας 3 περιπτώσεις ό όγκος ήδράζετο επί τοῦ σιγμοειδούς και είς μίαν επί τοῦ τυφλοῦ. Κατά τούς ὡς ἄνω συγγραφείς, αἱ άμοιβαδικαί ἀλλοιώσεις πιθανόν νά προκαλοῦν νεοπλασματική ἐξαλλαγήν κατά δύο μηχανισμούς: εἴτε λόγω χρονίου ἐρεθισμοῦ εἴτε λόγω δημιουργίας πολυπόδων, οἵτινες ἐν συνεχείᾳ ὑφίστανται τήν κακοήθη ἐξαλλαγήν.

Οἱ Γάλλοι ἐπίσης συγγραφείς παρετήρησαν ἀναλόγους περιπτώσεις, ἀναφέρονται δέ αἱ διάφοροι μορφαί ὑπό τας οποίας δυνατόν νά ἐκδηλωθοῦν: καρκίνος ἐκληφθείς ὡς άμοιβάδωσις, άμοιβάδωσις ὑποδυομένη κλινικῶς τόν καρκίνον, συνύπαρξις τῶν δύο νόσων.

Ἡ κλινική εἰκὼν μιᾶς τοιαύτης συνυπάρξεως ποικίλλει. Εἰς τινας περιπτώσεις ό καρκίνος ἐπέρχεται εἰς ἄρρωστον, ὅστις ἔπασχεν ἄλλοτε ἐξ άμοιβαδώσεως και ἤδη ἐμφανίζει ἀβληχρά συμπτώματα κοινῆς κολίτιδος. Ἄλλοτε ἡ άμοιβάδωσις ἀγνοεῖται και ἀποκαλύπτεται λόγω τῶν κλινικῶν ἐκδηλώσεων τοῦ καρκίνου.

Δέν ἀποκλείεται ὅμως ό καρκίνος νά ἐξελισσεται ὑπόῤῃως ἐπί γνωστῆς άμοιβαδώσεως, εἰς τήν ὁποίαν και ἀποδίδονται αἱ ἐντερικαί διαταραχαί. Αἱ ὑπόνοιαι γεννῶνται λόγω ἐπιδεινώσεως τῆς κλινικῆς εἰκόνος μέ ἐμφάνισιν αἱματηρῶν βλεννῶν, τεινεσμοῦ, πόνου, αἰσθήματος ψευδοῦς ἀφοδεύσεως, ἐνῶ ἄλλοτε ἐπέρχεται μία ἀπότομος και ἐπίμονος δυσκοιλιότης ἢ ἀδικαιολόγητος ἀπίσχανσις.

Εἰς τας ἡμετέρας πέντε περιπτώσεις ἡ κλινική εἰκὼν ἐχαρακτηρίζετο κυρίως ἀπό διαρροϊκόν και βλεννο-αιματηρόν σύνδρομον, ἐξελισσόμενον ἀπό μηνῶν. Ἡ ἐξέτασις κοπράνων ἀπεκάλυψε τήν ὕπαρξιν ἱστολυτικῶν άμοιβάδων, εἰς ὅλας δέ τας περιπτώσεις ἡ ὀρθοσκόπησις ἀπέδειξε τήν ὕπαρξιν τῶν χαρακτηριστικῶν άμοιβαδικῶν ἐξελκώσεων ὡς και τήν παρουσίαν τοῦ ὄγκου, ἡ κακοήθους φύσις τοῦ ὁποίου ἐπεβεβαιώθη ἱστολογικῶς.

Ἀπό τῆς ἐποχῆς καθ' ἣν ἐδημοσιεύθησαν αἱ ἡμέτεραι αὐταί περιπτώσεις, παρετηρήσαμεν και ἄλλας ἀναλόγους (βλ. Καρκίνος ὀρθοῦ).

Ὁ κίνδυνος, εἰς τας περιπτώσεις αὐτάς τῆς συνυπάρξεως άμοιβαδώσεως και καρκίνου, ἔγκειται εἰς τό γεγονός, ὅτι ἡ ἀντιάμοιβαδική θεραπεία δύναται νά βελτιώσῃ τό κλινικόν σύνδρομον, ὅποτε ό ὄγκος ἐξελισσεται ὑπόῤῃως, ἵνα ἐκδηλωθῇ πολὺ ἀργότερον, μέ βαρυτάτας πλέον διὰ τόν ἄρρωστον συνεπειᾶς. Ἐξ οὗ και πολλοί

άμοιβαδικοί έκλαμβάνονται ώς καρκινοπαθείς, πολύ όμως περισ-
σότεροι καρκινοπαθείς έκλαμβάνονται ώς κοινοί άμοιβαδοπαθείς.

Άλλά και ή διάγνωσης έπιπλέκεται λόγω της κοινής έντοπι-
σεως των δύο τούτων νόσων : όρθόν· σιγμοειδές, σπανιώτερον
τυφλόν, ώς έπίσης και έκ τοῦ γεγονότος, ότι δυσκόλως διαχωρίζε-
ται τοῦ καρκίνου ο κοινός φλεγμονώδης όγκος, τό άμοιβάδωμα.

“Όσον άφορῶ την αίτιολογικήν σχέσηιν μεταξύ των δύο τούτων
νόσων, είναι δύσκολον ν' άποφανθῆ τις. “Ο υπό άμοιβαδώσεως προ-
καλούμενος χρόνιος έρεθισμός πιθανόν νά εύνοῆ την ανάπτυξιν
τοῦ καρκίνου, εις άτομα με την τοιαύτην προδιάθεσιν. “Όσον
άφορῶ την έξαλλαγήν φλεγμονωδων όγκων— των ψευδο· πολυ-
πόδων—αὔτη μᾶς φαίνεται μάλλον ώς άπίθανος, εάν κρίνωμεν
έκ των όσων παρατηροῦνται εις την βαρείαν αιμορραγικήν όρθο-
κολίτιδα, όπου ή τοιαύτη ανάπτυξις ψευδο· πολυπόδων είναι σχετι-
κώς συχνή, έξαιρετικώς όμως σπανία ή κακοήθης έξαλλαγή των.
“Η συχνότης, άφ' έτέρου, και των δύο τούτων νόσων έμποδίζει από
τοῦ νά βεβαιώσῃ τις άμεσον αίτιολογικήν σχέσηιν εις περιπτώσιν συν-
υπάρξεως των. Μολαταῦτα αἱ ἤδη γενόμεναι παρατηρήσεις έκδη-
λώσεως καρκίνου επί παλαιων, χρονίων άμοιβαδικων δέν δύνανται
ν' άπορριφθοῦν άσυζητητί και ώς έκ τούτου δέον πάντοτε, εις όλας
τάς περιπτώσεις άμοιβαδώσεως, νά έρευνηται έπιμελώς ή τυχόν
συνύπαρξις ενός καρκίνου.

Είδικαι έντοπίσεις.

Έντόπισις επί τοῦ έγκαρσίου. Σπάνια, έλκύουν
τό ένδιαφέρον έκ τοῦ γεγονότος, ότι υποδύονται ξένην συμπτωματο-
λογία, ιδίως γαστρικήν, και έκ τοῦ ότι αἱ έκ της μοίρας ταύτης με-
θιστάμεναι άμοιβάδες κατακλύζουν κυρίως τόν άριστερόν λοβόν τοῦ
ἥπατος, δυσχεραίνουσαι οὔτω την διάγνωσιν.

“Εχουν άναφερθῆ ώσαύτως ίδιαι έντοπίσεις επί της σπληνι-
κῆς καμπῆς, ώς και επί μόνου τοῦ σιγμοειδοῦς με έλαφρόν
δυσεντερικόν σύνδρομον και σιγμοειδές σχοινοειδές και έπώδυνον
κατά την έξέτασιν. “Η όρθοσκόπησις θέτει, συνήθως, την διάγνωσιν.

“Εκτός της προαναφερθείσης όξείας έντοπίσεως επί τοῦ
τυφλοῦ με επέκτασιν πρὸς την σκωληκοειδή, υπάρχει και γνη-
σία έντόπισις επί μόνῃς της άποφύσεως ταύτης. “Η
όξεια αὔτη άμοιβαδική σκωληκοειδίτις είναι άδύνατον, πρακτι-
κώς, νά διαχωρισθῆ της άλλης, δύναται δέ νά έξελιχθῆ και
πρὸς αὔτην την διάτρησιν. Κατά δέ τόν Clark, όστις άναφέρει

76 περιπτώσεις έλκώδους σκωληκοειδίτιδος άμοιβαδικής φύσεως, τó 1/10 περίπου τούτων είχε διατηρηθή ή παρουσίαζεν άπόστημα.

ΑΙ γαστροδωδεκαδακτυλικά έντοπίσεις τής άμοιβαδώσεως χαρακτηρίζονται άπό δυσπεπτικά φαινόμενα, άτινα στρέφουν τήν προσοχήν πρός τήν άνω μοίραν του πεπτικού σωλήνος. Οί άρρωστοί ούτοι παραπονούνται άλλοτε μόν δι' άίσθημα διατάσεως παρά τó έπιγάστριον μετά τó γεύμα, συνοδευόμενον υπό έρυγών και γενικής κακουχίας, άλλοτε υπό άίσθήματος έντόνου καύσου, έξαρτωμένων ένιστε έκ τής ποιότητος τής τροφής. Έπιπροσθέτως παρατηρεΐται ναυτία, κεφαλαλγία, ίδίως ίνική, ήμικρανία. Η «δυσπεψία» αύτη εΐναι σχεδόν διαρκής, έπιδεινουμενή κατόπιν παρεκκλίσεως έκ τής διαΐτης, όποτε έμφανίζονται έμετοι και διαρροΐκαι κενώσεις. Τα δυσπεπτικά ταύτα φαινόμενα ήθέλησαν νά έξηγήσούν ως συνέπειαν ένός γαστρο-κολικοϋ άντανακλαστικοϋ, μιās γαστρίτιδος ή 12δακτυλίτιδος, μιās περισπλαγχνίτιδος, μιās ήπατοχολοκυστικής διαταραχής.

ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ

Η διάγνωση τής άμοιβαδώσεως έμφανίζεται, έκ πρώτης όψεως, ως εύχερης. Έάν όμως σκεφθΐ τις τήν ποικιλίαν των κλινικών μορφών υπό τάς όποιās αύτη έκδηλοΐται, τήν άσαφή ένιστε άπάντησιν του έργαστηρίου, ως και τās δυσχερείας άς παρουσιάζουν αι έξετάσεις αύται, άντιλαμβάνεται εύθύς άμέσως, ότι θά πρέπη νά θέση τήν διάγνωσιν ταύτην μετά μεγίστης περισκέψεως και άφοϋ προηγουμένως άποκλείση άλλην νόσον μέ τήν αύτην περίπου συμπτωματολογίαν, αλλά κυρίως τήν τυχόν συνύπαρξιν μετ' άλλης, πολύ βαρυτέρας προγνώσεως.

Ός έκ τούτου ή διάγνωσις θά βασισθΐ :

α) Έπί τής κλινικής εικόνας, β) έπί τής έξετάσεως των κοπράνων, γ) έπί τής όρθοσκοπήσεως και δ) έπί τής άκτινολογικής έξετάσεως.

α) Κλινική έξέταση. Το Ιστορικόν του άρρώστου, εις τās όξειās ίδίως μορφάς, μάς οδηγεί πολλάκις, άν όχι πρός τήν διάγνωσιν, τουλάχιστον εις τó νά σκεφθώμεν τήν άμοιβαδικήν δυσεντερίαν. Προκειμένου όμως περί των χρονίων, των και πλέον συνήθων παρ' ήμιν μορφών, δέν δυνάμεθα νά εΐπωμεν, ότι αι έκδηλώσεις των εΐναι τόσον παθωνομονικά, ώστε νά έπιτρέπουν βεβαίαν κλινικήν διάγνωσιν. Άπλως και αύται θά ύποδείξουν τήν περαιτέρω άγωγήν διά τήν διάγνωσιν.

β) Έξέτασις τῶν κοπράνων. Διὰ τὴν αἰτιολογίαν μιᾶς λειτουργικῆς διαταραχῆς τοῦ ἐντέρου ἢ κοπρολογικῆ ἐξέτασις συμβάλλει, ἀναμφισβητήτως, τὰ μέγιστα. Προκειμένου ἰδίως νὰ μελετηθῇ ἡ γαστροεντερικὴ πέψις, ἡ ἐξέτασις τῶν ὑπολειμμάτων θὰ μᾶς ἀποκαλύψῃ συχνὰ μίαν ἀνεπάρκειαν, θὰ μᾶς πληροφορήσῃ ἐὰν ὑπάρχουν διαταραχαὶ τῆς κινητικότητος τοῦ ἐντέρου, ὅποτε εἰς περιπτώσιν ταχείας ἐκκενώσεως τοῦτου θὰ δυνηθῶμεν νὰ διαχωρίσωμεν μίαν γνησίαν διάρροϊαν μιᾶς ψευδοδς τοιαύτης. Θὰ μᾶς πληροφορήσῃ ἐπίσης ἐὰν ὑπάρχῃ φλεγμονὴ τῶν τοιχωμάτων τοῦ ἐντέρου, προκειμένου νὰ κρίνωμεν ἐὰν πρόκειται περὶ ἐντερίτιδος, κολίτιδος ἢ ἐντερο - κολίτιδος. Ἄλλὰ καὶ ἡ μελέτη τῆς μικροβιακῆς χλωρίδος ἐπιβεβαιώνει ἔν ἄμεσον αἴτιον, ὀφειλόμενον λ.χ. εἰς παράσιτα ἢ παθογόνα μικρόβια.

Βεβαίως ἡ κοπρολογικὴ ἐξέτασις ἀπὸ τῆς ἀπόψεως ταύτης δίδει πληροφορίας προσωρινῶς ἰσχυρούσας, αἵτινες δὲν ἀνταποκρίνονται ὑποχρεωτικῶς εἰς μόνιμον παθολογικὴν κατάστασιν τοῦ ἐντέρου. Θὰ πρέπη ἐπομένως νὰ γίνῃ μελέτη ὄλων τῶν λειτουργιῶν, ὅποτε θ' ἀνατρέξωμεν εἰς τὴν κλασσικὴν φυσιολογίαν, ἥτοι τὴν μελέτην τῆς πέψεως τῶν λευκωμάτων, τῶν λιποειδῶν κ. λ. π., τὰ δὲ ἀνώμαλα εὐρήματα θὰ μᾶς ὀδηγήσουν εἰς τὸ νὰ διακρίνωμεν ἐὰν τὰ ἐνοχλήματα ταῦτα ὀφείλονται εἰς διαταραχὴν τῆς πέψεως, τῆς κινητικότητος, εἰς τοιχωματικὴν προσβολὴν. Ἡ ἀναλυτικὴ αὕτη ἐξέτασις τῶν διὰ τῆς λεπτομεροδς ἐξετάσεως τῶν κοπράνων ἐπιτευχθέντων ἀποτελεσμάτων θὰ ὀδηγήσῃ εἰς τὴν ἀνεύρεσιν τῆς αἰτιολογίας.

Τοιαύτας διαταραχὰς δύνανται νὰ προκαλέσουν καὶ παθογόνα μικρόβια καὶ ὄρισμένα παράσιτα. Ὅσον ἀφορᾷ ὁμως τὰ τελευταῖα ταῦτα, δὲν δυνάμεθα πάντοτε νὰ βεβαιώσωμεν, ὅτι πράγματι μόνον αὐτὰ εἶναι ὑπαίτια. Διότι δὲν ἀποκλείεται καὶ τὰ παράσιτα καὶ τὰ μικρόβια νὰ εἶναι μάρτυρες μόνον μιᾶς παθολογικῆς καταστάσεως τοῦ ἐντέρου, ὅπως τοῦτο συμβαίνει λ.χ. μετὰ τὴν *Entam. coli*, ἢ διαπίστωσις τῆς ὁποίας ἐπιβεβαιοῖ ἀπλῶς τὴν ὑπαρξιν μιᾶς στάσεως εἰς μοῖραν τοῦ ἐντέρου, ἰδίως τοῦ δεξιοῦ, μετὰ ἀλκαλικὸν περιβάλλον, ἀπαραίτητον διὰ τὴν ἀνάπτυξιν τοῦ παρασίτου τοῦτου, ὅποτε ὀδηγοῦμεθα πρὸς τὴν διάγνωσιν μιᾶς πολυμικροβιακῆς καταστάσεως μετὰ τᾶσιν ἀξήσεως τῆς πρωτεολυτικῆς χλωρίδος ἢ μιᾶς δεξιᾶς κολίτιδος.

Πάντα τ' ἀνωτέρω ἀνεφέρθησαν ὡς παράδειγμα τῶν δυσχερειῶν ἀλλὰ καὶ τῶν πολυτίμων πληροφοριῶν, ἅς παρέχει μίᾳ ἐπιμελήσ.

ἀλλὰ κοπιώδης κοπρολογική εξέταση ἦτις, δυστυχῶς, σπανίως ἐκτελεῖται, διότι καὶ δὲν ζητεῖται.

Προκειμένου ὅμως περὶ τῆς ἀμοιβαδώσεως, ἦτις καὶ κυρίως μᾶς ἐνδιαφέρει ἐνταῦθα, ἡ κοπρολογική εξέταση θ' ἀποβῆ πολύτιμος, ἐάν καὶ ἐφ' ὅσον εἶναι θετική, δηλαδή ἐάν ἀποκαλύψῃ τὴν ὕπαρξιν τῆς παθογόνου ἀμοιβάδος.

Ἐὰν ἀνεύρωμεν καὶ χαρακτηρίσωμεν τὴν δυσεντερικὴν ἀμοιβάδα ὑπὸ τὴν βλαστικὴν αὐτῆς μορφήν, περιέχουσαν δὲ ἐπὶ πλέον καὶ ἐρυθρὰ αἰμοσφαίρια, ἐν συνδυασμῷ μὲ τὰ κλινικὰ εὐρήματα, δυνάμεθα ἀναμφισβητήτως ν' ἀποδώσωμεν ταῦτα εἰς τὸ ἀνευρεθὲν παράσιτον. Ἡ παρουσία δὲ τῶν αἱματοφάγων τούτων ἀμοιβάδων ὑποδεικνύει, ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον, τὴν ὕπαρξιν ἐλκώσεων τοῦ ἐντερικοῦ τοιχώματος ἢ νεκρωτικῆς βλάβης ὀφειλομένης εἰς τὰς «λυτικὰς» ἰδιότητας τοῦ παρασίτου.

Ἡ ἀναζήτησις τῶν αἱματοφάγων ἀμοιβάδων θὰ γίνῃ κυρίως ἐπὶ τῶν αἱματηρῶν βλεννῶν ἢ καὶ ἐπὶ τῶν πιθανῶς ἐλαχίστων ἀποβαλλομένων βλεννῶν. Ὑπενθυμίζομεν, ἀπλῶς, ὅτι ἡ εξέταση δεόν νὰ εἶναι ταχεῖα, δεδομένου ὅτι ἡ διάγνωσις θὰ βασισθῆ κυρίως ἐπὶ τῆς κινητικότητος τῆς ἀμοιβάδος, ἦτις ὅμως εἶναι λίαν εὐαίσθητος, γίνεται δὲ ἡ εξέταση ὑπὸ θερμαινομένην εἰς 37° τράπεζαν. Εἰς θερμοκρασίαν ἄνω τῶν 45° ἡ ἀμοιβάς καταστρέφεται. Ἐχομεν ἤδη περιγράψῃ τοὺς κυριωτέρους χαρακτήρας τῶν παρασίτων τούτων, ὥστε νὰ περιττεῖται ἐπανάληψις. Ὑπενθυμίζομεν ἀπλῶς τὰς τυπικὰς κινήσεις τῶν ψευδοπόδων καὶ ὅτι ἀπουσία ἐρυθρῶν αἰμοσφαιρίων ἢ διάγνωσις καθίσταται δυσχερῆς, ἢ παρουσία τῶν ὅμως ἐπιτρέπει νὰ βεβαιώσῃ τις, ὅτι ἡ ταῦτα περιέχουσα ἀμοιβάς εἶναι ἀναμφισβητήτως ἡ «ἰστολυτική».

Ἡ ἀναζήτησις τῶν αἱματοφάγων ἀμοιβάδων δύναται ἐπίσης νὰ γίνῃ οὐχὶ δι' εξέτάσεως τῶν κοπράνων, ἀλλὰ ἐντὸς αὐτῶν τούτων τῶν παθολογικῶν ἀνατομικῶν ἀλλοιώσεων τοῦ βλεννογόνου, ἃς προκαλοῦν. Καὶ τοῦτο δι' ἀποξέσεως—μέσῳ τοῦ ὀρθοσκοπίου—δι' εἰδικοῦ κοχλιαρίου καὶ ἀμέσου εξέτάσεως. Ἀλλὰ καὶ ἡ λήψις καὶ εξέτασις τῶν βλεννῶν ἢ καὶ κοπράνων, τῶν ἐρχομένων εἰς ἄμεσον ἐπαφὴν μετὰ τοῦ ἐντερικοῦ βλεννογόνου, προτιμᾶται ὡς δίδουσα πολυτιμότερας πληροφορίας. Προσωπικῶς ἔχομεν διαπιστώσει τοῦτο σαφῶς. Εἰς περιπτώσεις ἀρνητικῶν ἀποτελεσμάτων διὰ τῆς συνήθους μεθόδου, ἢ μέσῳ τοῦ ὀρθοσκοπίου λήψις ξεσμάτων ἢ βλεννῶν καὶ ἡ εξέταση τούτων ἀπεκάλυπτε τὴν ἐκεῖ ὕπαρξιν ἀμοιβάδων.

Μεγαλυτέρας δυσχερείας—διαγνωστικῆς φύσεως—παρουσιάζει ὁ χαρακτηρισμὸς τῶν ἄλλων μορφῶν, τῶν μὴ αἱματοφάγων, τῶν

λεγομένων «τύπου δυσεντερίας». Ούτως ἡ μορφή tetragena δὲν ἔχει μορφολογικούς χαρακτήρας τόσον εἰδικούς, ὥστε νά διακρίνεται εὐκόλως τῶν ἄλλων, ὁ δὲ διαχωρισμὸς μεταξύ *Entam. dysenteriae* καὶ *Entam. coli* παρουσιάζει τοιαύτας δυσχερείας, ὥστε μόνον παρασιτολόγοι μεγάλης πείρας δύνανται νά διακρίνουν ταύτας. Οὔτως ὁ Craig, ὁ Manson-Bahr κ. ἄ. γράφουν, ὅτι ἀπαιτεῖται εἰδικὴ ἐξάσκησης πολλῶν ἐτῶν, ἵνα εἶναι τις εἰς θέσιν νά διαγνώσῃ μετὰ βεβαιότητος τὸ παράσιτον τοῦτο.

Εἰς τὰς χρονίας ἀμοιβαδώσεις σπανίως θ' ἀνευρεθῆ ἡ αἵματοφάγος ἰστολυτικὴ. Θ' ἀνεύρωμεν τὰς «τύπου δυσεντερίας» ἀμοιβάδας, ὡς καὶ τὰς κύστεις. Καὶ ὡς εἶπομεν ἤδη, ἐάν μὲν αἱ κύστεις περιέχουν 4 πυρήνας ἢ ὀλιγωτέρους, ἀνήκουν εἰς τὰς τύπου δυσεντερίας ἀμοιβάδας, ἐνῶ αἱ περιέχουσαι 8 πυρήνας ἀνήκουν εἰς τὴν μὴ παθογόνον *Entam. coli*.

Δέον ὁμῶς νά ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν καὶ τὴν ὑπὸ τοῦ Καθηγητοῦ τοῦ Πανεπιστημίου τῶν Παρισίων Brumpt ἀνακαλυφθεῖσαν καὶ περιγραφθεῖσαν *Entam. dispar*. Ὡς γνωστόν, αὕτη, ἐνῶ ἔχει τοὺς χαρακτήρας τῆς ἰστολυτικῆς, δὲν εἶναι παθογόνος διὰ τὸν ἄνθρωπον, ἀλλὰ πρόκειται περὶ κοινοῦ παρασίτου. Ὅπως δὲ ἰδιαιτέρως εἶναι σχεδὸν ἀδύνατος ἡ διαφορικὴ διάγνωσις μετὰ τῶν κύστεων τῆς *dispar* καὶ τῶν τῆς ἰστολυτικῆς, ἐκτός ἐάν προβῶμεν εἰς πειραματικὴν μόλυνσιν τῆς γαλῆς. Ἀλλὰ καὶ αὐταὶ αἱ κύστεις τῶν ἰστολυτικῶν ἀμοιβάδων συγχέονται, ἀπὸ τοὺς μὴ ἔχοντας πολυετῆ πείραν, μὲ φυτικούς ὀργανισμούς, μὲ κύτταρα, ἀκόμη καὶ μὲ τροφάς.

Τίθεται, ἐπομένως, τὸ ἐρώτημα: ποία ἡ ἀξία μιᾶς ἐξετάσεως κοπράνων καὶ ἐπὶ ποίων κριτηρίων δέον νά βασισθῶμεν, ἵνα θέσωμεν τὴν διάγνωσιν τῆς ἀμοιβαδώσεως;

Δέον νά γνωρίζωμεν, ὅτι καὶ ἡ πλέον ἐπιμελὴς καὶ παρατεταμένη ἐξέτασις κοπράνων δὲν στέφεται πάντοτε ὑπὸ ἐπιτυχίας. Καὶ τοῦτο διότι, παρὰ τὴν ὕπαρξιν τοῦ παρασίτου, ἡ ἐξέτασις ἀποβαίνει πολυλάκις ἀρνητικὴ.

Πρῶτον, ἐπομένως, πρακτικὸν συμπέρασμα: μίᾳ ἀρνητικῇ ἐξέτασις κοπράνων δὲν ἀποκλείει τὴν ἀμοιβαδῶσιν. Τοῦτο, ἐξ ἄλλου, ἔχει ἐπιβεβαιωθῆ ὑπὸ πλείστων ὁσων συγγραφέων, οὔτως ὥστε ὁ Carter λ.χ. ν' ἀπαιτῆ ἕξ (6) ἐξετάσεις κοπράνων, γινομένης εἰς βραχὺ διάστημα, πρὶν ἢ ἀποκλείσῃ τὴν νόσον, ἐνῶ κατὰ τὸν Kershaw εἰς τὰ 11% τῶν περιπτώσεών του ἀπητήθησαν πλέον τῶν 12 ἐξετάσεων διὰ τὴν ἀνακάλυψίν των. Οἱ Sawitz καὶ Faust, ἀντιθέτως, βεβαιοῦν, ὅτι εἰς 95% τῶν περι-

πτώσεών των ἔχουν θετικά ἀποτελέσματα κατόπιν ἐξ ἐξετάσεων, χρησιμοποιοῦντες καὶ μεθόδους ἐμπλουτισμοῦ.

Αἱ πολλαπλαῖ ὁμως ἐξετάσεις δὲν εἶναι πάντοτε δυναταί, ἰδίως ἀπὸ οἰκονομικῆς πλευρᾶς, καὶ ὡς ἐκ τούτου θά βασισθῶμεν πολλάκις οὐχὶ ἐπὶ τοῦ ἀρνητικοῦ ἀποτελέσματος, ἀλλὰ ἐπὶ τῆς ὄλης κλινικῆς εἰκόνος καὶ τῶν ἄλλων εἰς τὴν διάθεσίν μας διαγνωστικῶν μέσων.

Καὶ τὸ ἀντίθετον ὁμως ἰσχύει. Ἡ ἀνεύρεσις ἀμοιβάδων, πολ- λάκις ἀοριστως χαρακτηριζομένων — αἱ περισσότεραι τῶν ἐκθέσεων γράφουν «ἀνευρέθησαν ἀμοιβάδες» — δὲν σημαίνει, ὅτι καὶ τὰ ἐνοχλήματα διὰ τὰ ὁποῖα παραπονεῖται ὁ ἄρρωστός μας ὀφείλονται εἰς τὸ ἀνευρεθὲν παράσιτον. Θά πρέπει, ἐπαναλαμβάνομεν, ν' ἀποκλεισθῆ ἄλλη τυχόν νόσος, ἢ αἰμορραγικὴ κολίτις, ἢ φυματίωσις, ὁ καρκίνος, ἢ τελικὴ εἰλεΐτις κ. λ. π., καὶ τότε μόνον θά ἐφαρμόσωμεν τὴν ἀνάλογον, κατὰ τὴν μορφήν, ἀντιαμοιβαδικὴν θεραπείαν.

Ὑπενθυμίζομεν ὅτι μόνον ἡ ὁμάς τῶν παθογόνων ἀμοιβάδων περιλαμβάνει τὰς δυσεντερικὰς ἀμοιβάδας καὶ τὰς ἀμοιβάδας «τύπου δυσεντερίας». Μόνον αἱ πρῶται προκαλοῦν ἀποστήματα καὶ ἐξῶ ἐντερικὰς γενικῶς ἐντοπίσεις. Ὅσον ἀφορᾷ τὰς μὴ δυσεντερικὰς ἀμοιβάδας, αὗται δημιουργοῦν συνήθως ἀπλᾶς κολίτιδας. Ἐκ τούτων ὁμως ἡ *Dientamoeba fragilis* καὶ ἡ *Endolimax nana* προκαλοῦν διαταραχὰς ψυχικὰς καὶ ἐκ τοῦ νευροφυτικοῦ, χρῆζουν δὲ πολλάκις ἐντόνου ἀντιαμοιβαδικῆς θεραπείας.

Προσφάτως ὁ Hillebrand ἐπανήλθεν ἐπὶ τοῦ ρόλου τῆς *Entamoeba tetragena*. Ὑπενθυμίζει ὅτι, κλασσικῶς, ἡ ἱστολυτικὴ καὶ ἡ *tetragena* ἀντιπροσωπεύουν τὸ αὐτὸ παράσιτον ὑπὸ δύο μορφάς: ἡ πρώτη ὑπὸ μορφήν λίαν παθογόνου, ἡ δευτέρα ὑπὸ τὴν ἀθῶαν, μὴ παθογόνου μορφήν. Διὰ λόγους ἀγνώστους ἡ παθογόνος μετατρέπεται εἰς τὴν ἀθῶαν *tetragena* καὶ ἀντιστρόφως.

Ταῦτα, κατὰ τὴν θεωρίαν τῶν μονιστῶν. Ἀπὸ καιροῦ, ὁμως, συγγραφεῖς τινες, ὅπως ὁ Craig, ὁ Brumpt, ἠμφεσβήτησαν τὴν συγγένειαν τῶν δύο τούτων παρασίτων καὶ ὑπεστήριξαν, ὅτι ἡ ἱστολυτικὴ ἦτο ὑπεύθυνος διὰ τὴν ἀμοιβαδικὴν δυσεντερίαν, ἐνῶ ἡ *tetragena* προκαλεῖ διάφορον κολίτιδα. Ἡ θεωρία αὕτη δὲν ἐγένετο ἀποδεκτὴ. Μολταῦτα ὁ Hillebrand, βασιζόμενος εἰς ἰδίας παρατηρήσεις, συμπεραίνει ὅτι ἡ θεωρία τῶν μονιστῶν δὲν βασιζέται ἐπὶ βεβαίων ἀποδείξεων καὶ ὅτι ἡ *tetragena* δεόν νὰ θεωρηθῆ ὡς ἴδιον παράσιτον, ἀνεξάρτητον τῆς ἱστολυτικῆς, ὑπεύθυνον διὰ τὴν δημιουργίαν ἰδιαίτερας κολίτιδος. Λαμβανομένης ὁμως ὑπ' ὄψιν τῆς μεγάλης συχνότητος τῆς *tetragena*, θεωρεῖ, πρὸς τὸ παρὸν τοῦλάχιστον, ὡς

πλέον φρόνιμον ν' αντιμετωπισθῆ ἡ παρουσία της ὡς ἐρμηνεύουσα παθογόνον κατάστασιν καὶ νὰ ἐφαρμοσθῆ ἡ ἀντιαιμοιβαδικὴ θεραπεία.

γ) Ὄρθοσκοπήσεις. Ἐξέτασις ἀπλῆ, ἀπαιτοῦσα βεβαίως μεγάλην πείραν ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἐρμηνείαν, πολυτιμωτάτη δὲ ὡς διαγνωστικὸν μέσον. Εἰς τὰ 80% τῶν περιπτώσεων — κατὰ τὸν Ἄγγλον Manson—Bahr — αἱ βλάβαι τῆς ἀμοιβαδικῆς δυσεντερίας ἐντοπίζονται εἰς τὸ ὄρθον - σιγμοειδές καὶ ἐκτείνονται πρὸς τὰ κάτω, πρὸς τὸν ἔσω σφιγκτήρα. Εἰς τὸν ζῶντα αἱ βλάβαι αὗται διακρίνονται καλῶς, διαφέρουν ὅμως σημαντικῶς εἰς ἐμφάνισιν ἀπὸ ἐκείνας τὰς ὁποίας παρατηροῦμεν εἰς ἀνατομικὰ παρασκευάσματα. Μετὰ θάνατον αἱ πλέον ἐπιπολῆς καὶ ἐμφανεῖς βλάβαι ἐξαφανίζονται, ἡ δὲ χαρακτηρίζουσα τὰ ἔλκη χροιά ἐξαφανίζεται ἐπίσης, ὁλόκληρος δὲ ἡ χρῶσις τοῦ βλεννογόνου εἶναι ὁμοιόμορφος, ἐξ οὗ καὶ αἱ στατιστικαὶ διαφοραὶ αἱ ἀφορῶσαι τὴν συχνότητα ἐντοπίσεως τῶν ἀμοιβαδικῶν ἀλλοιώσεων. Οἱ ἀσχολούμενοι μὲ νεκροτομὰς ἀνευρίσκουν ἀλλοιώσεις εἰς τὸ ὄρθον εἰς ἀναλογίαν 30% περίπου, ἐνῶ οἱ προβαίνοντες εἰς ὀρθοσκοπήσεις ἀναβιβάζουν τὸ ποσοστὸν αὐτὸ εἰς 80%.

Οὕτως ὁ Manson - Bahr ἀναφέρει, ὅτι ἐπὶ 258 ὀρθοσκοπήσεων ἀνευρέθησαν βλάβαι εἰς 234, εἰς 77 δὲ τούτων ἀνευρέθη εἰς τὰ ξέσματα ἡ ἱστολυτικὴ ἀμοιβὰς. Φυσιολογικὸς ἦτο ὁ βλεννογόνος μόνον εἰς 24 περιπτώσεις (9, 3%). Τοὺς αὐτοὺς περίπου ἀριθμοὺς ἀναφέρει καὶ ὁ Ἀμερικανὸς Ellenberg, ὅστις ἐπὶ 107 ἐξηκριβωμένων καὶ μετὰ κλινικῶν ἐκδηλώσεων ἀμοιβαδώσεων εὑρε ποσοστὸν θετικῶν ὀρθοσκοπικῶν εὐρημάτων 73%, ἐνῶ εἰς ἄλλην ὁμάδα, ἀνευ συμπτωμάτων, τὰ ὀρθοσκοπικὰ εὐρήματα ἀνῆλθον εἰς 69%.

Εἰς τὴν ἀμοιβαδικὴν δυσεντερίαν αἱ δημιουργούμεναι παθολογοανατομικαὶ ἀλλοιώσεις παρὰ τὸ ὄρθον - σιγμοειδές εἶναι παθολογικαὶ. Ὑπενθυμίζομεν, ὅτι ἡ ἱστολυτικὴ ἀμοιβὰς διὰ «λύσεως» εἰσχωρεῖ ἐντὸς τοῦ βλεννογόνου, ὅπου, ἀφοῦ προκαλέσῃ νέκρωσιν, διεισδύει καὶ ἐντὸς τῶν ἄλλων ἐντερικῶν χιτῶνων, μὴ ὑπερβαίνουσα ὅμως παρὰ σπανίως τὸν μυϊκόν. Προκαλεῖται οὕτω καταστροφὴ τῶν ἐπιπολῆς κυττάρων τοῦ βλεννογόνου, μετὰ δὲ τὴν διείσδυσιν τῆς ἀμοιβάδος ἐκ τοῦ βλεννογόνου πρὸς τὸν ὑποβλεννογόνιον ἀκολουθεῖ νέκρωσις καὶ ἐκλέψεις τοῦ ἐπιθηλίου. Ὁ οὕτω προσβληθεὶς ἱστός μετατρέπεται εἰς νεκρωτικὸν κρατῆρα, ὅστις σχηματίζει τὸ ἀμοιβαδικὸν ἔλκος.

Τὰ ἔλκη ταῦτα καλύπτονται συνήθως ἀπὸ ψευδο - μεμβράνην σχηματισθεῖσαν ἀπὸ συσσώρευσιν βλεννῶν καὶ νεκρωθέντων ἱστών.

Ἐντὸς τῶν ἑλκῶν ἀνευρίσκεται καὶ ἡ ἱστολυτικὴ ἀμοιβάς. Ὅταν ἀποβληθῇ τὸ πῶμα τοῦτο, διακρίνεται ἡ αἱμορραγοῦσα βάσις τοῦ ἑλκους, κάτωθεν τοῦ ἐπιπέδου τῶν φροειδῶν ἢ στορογγύλων χειλέων. Τὸ χαρακτηριστικώτερον σημεῖον τοῦ ἑλκους εἶναι ὅτι, ἂν καὶ αἱ ἱστολυτικαὶ βλάβαι ἐκτείνονται ὑπὸ τὸν βλεννογόνον, τελικῶς τοῦτο ἀφορίζεται σαφῶς ἀπὸ τὸν ὑπόλοιπον ἀνέπαφον ἱστόν. Οὕτω τὸ ἀμοιβαδικὸν ἑλκος εὐρίσκεται ἐπὶ φυσιολογικοῦ ἱστοῦ, ὅστις χωρίζει τὸ ἓν τοῦ ἄλλου.

Τὸ τυπικὸν ἀμοιβαδικὸν ἑλκος ἔχει σχῆμα φροειδῆς ἢ στορογγύλον, ὄρια σαφῆ καὶ ἀνυψωμένα, ἢ δὲ βάσις αὐτοῦ, ἀπαλλασσομένη τῆς λευκοκίτρινης ψευδο-μεμβράνης, ἣτις τὴν καλύπτει, κεῖται ἐπὶ ἐπιπέδου χαμηλοτέρου τῆς ἐπιφανείας τῶν χειλέων τῆς ἐξελκώσεως. Δημιουργεῖται οὕτως ἓν σχῆμα ὀμφαλοειδῆς, χαρακτηριστικὸν τοῦ ἀμοιβαδικοῦ ἑλκους (βλ. εἰκ. 14). Ἄρκετὰ συχνὰ τὰ ἑλκη ταῦτα, ὡς καὶ τὰ μικρότερα εἰς μέγεθος ἢ ἀκὸμη καὶ τὰ αἱμορραγικὰ στίγματα, περιβάλλονται ἀπὸ μίαν ὑπεραιμικρὴν ζώνην ἢ ἀπὸ μίαν λευκάζουσαν ὄλω.

Τὰ ἑλκη ταῦτα ἀνευρίσκονται ἐπὶ οἰασθῆποτε μοίρας τοῦ ἐντερικοῦ βλεννογόνου. Πολὺ συχνὰ καὶ ὁσάκις ὁ ἀριθμὸς τῶν εἶναι λίαν περιωρισμένους, θὰ τὰ ἀναζητήσωμεν μετὰ τῶν πτυχῶν τοῦ βλεννογόνου καὶ ἰδιαίτερως ἐπὶ τῶν βαλβίδων Houston.

Ἡ ἀνωτέρω περιγραφεῖσα εἰκὼν εἶναι ἡ τυπικὴ τοιαύτη. Εὐνόητον ὁμως τυγχάνει, ὅτι θὰ ἔχωμεν ποικίλιαν εἰκόνων ἀναλόγως τοῦ σταδίου ἐξελιξεως τῆς ἀμοιβαδώσεως. Ἰδιαίτεράν δὲ σημασίαν ἀποκτᾷ καὶ ἡ ὄψις τοῦ ὑπολοίπου βλεννογόνου, ἰδίως ὅσον ἀφορᾷ τὴν συνυπάρχουσαν ἢ μὴ φλεγμονήν, ἣτις καὶ θὰ μᾶς ὑποδείξῃ, ὡς θὰ ἴδωμεν, τὴν τηρηθησομένην θεραπευτικὴν ἀγωγὴν.

Εἶναι ἀδύνατος ἡ ἐπακριβῆς ταξινομήσις τῶν ἀλλοιώσεων τῶν παρατηρουμένων μέσῳ τοῦ ὀρθοσκοπίου, δεδομένου ὅτι ταχύτατα ἡ νόσος μεταπίπτει ἀπὸ τοῦ ἑνὸς σταδίου εἰς τὸ ἄλλο. Αἱ ἐναλλασσόμεναι αὐταὶ ἀλλοιώσεις εἶναι πολλακίς τόσον ἀβληχραὶ, ὥστε μόνον ὁ ἔχων μεγάλην πείραν δύναται νὰ τὰς διακρίνῃ.

Ἐξ οὗ καὶ αἱ συχνάκις ἀντικρουόμεναι ἐκθέσεις, ὅτε ὁ εἷς διαπιστώνει ἀλλοιώσεις ὀφειλομένας εἰς ἀμοιβάδωσιν, ἐνῶ ὁ ἕτερος περιγράφει τὸν ἐντερικὸν βλεννογόνον ὡς φυσιολογικόν.

Θὰ προσπαθήσωμεν, ἐπομένως, νὰ περιγράψωμεν ἀπλῶς τὰς πλέον συνήθεις ἀλλοιώσεις, κατατάσσοντες ταύτας εἰς δύο κυρίως ὁμάδας.

— Τὴν συμφορητικὴν ὀρθίτιδα.

— Τὴν ἐλκώδη ὀρθίτιδα.

α) Εἰς τὰς ὑποξείας καταστάσεις, αἰτίνες χαρακτηρίζονται περισσότερο ἀπὸ διαρροϊκὸν σύνδρομον παρὰ ἀπὸ δυσεντερικὸν τοιοῦτον, παρατηρεῖται μίᾳ συμφορητικῇ κατάστασις τοῦ ὀρθοῦ, ἀκόμη καὶ τοῦ σιγμοειδοῦς, ἥτις ἄλλοτε μὲν ἀφορᾷ διαχύτως ὀλόκληρον τὸν βλεννογόνον, ἄλλοτε τούναντιον μόνον μοίρας αὐτοῦ, αἰτίνες χωρίζονται ἀλλήλων ὑπὸ βλεννογόνου φυσιολογικῆς χροιάς. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς ὁ βλεννογόνος εἶναι χροιάς εἴτε ἐλαφρῶς εἴτε ἐντόνως ἐρυθρᾶς, σιλπνός, ἐπὶ τοῦ ὁποῦ διακρίνονται πορφυρικά κηλίδες ὡς καὶ ἐν ἀγγειακῶν δίκτυον λεπτότατον καὶ λίαν πυκνόν, ὅπερ ὅμως παρατηρεῖται συνηθέστερον ἐπὶ βλεννογόνου πλέον ὠχροῦ τὴν ὄψιν. Ἄλλοτε πάλιν ὁ ἐντερικὸς βλεννογόνος εἶναι ἐξέρυθρος, οἰδηματώδης, καλύπτεται κατὰ ζῶνας ὑπὸ πύου, παρατηροῦνται δὲ διάχυτοι ὑποβλεννογόνιοι αἱμορραγίαι. Ὁ βλεννογόνος οὗτος τραυματίζεται ἀρκετὰ εὐκόλως, ὥστε ἐνίοτε νὰ συγγέεται ἡ νόσος μὲ μίαν αἱμορραγικὴν κολίτιδα.

β) Κατὰ τὸ στάδιον αὐτὸ τῆς ἐλκώδους ὀρθίτιδος αἱ ἀλλοιώσεις εἶναι τόσον χαρακτηριστικά, ὥστε νὰ δυνάμεθα νὰ θέσωμεν ἀσφαλῶς τὴν διάγνωσιν τῆς ἀμοιβαδώσεως.

Αὕτη παρατηρεῖται κυρίως εἰς τὰς ὀξείας δυσεντερίας, ἀλλὰ, ὡς ἔχομεν πολλάκις διαπιστώσει, καὶ εἰς χρονίας μορφάς, ἀκόμη καὶ εἰς «ὕγιεις» φορεῖς ἀνευ συμπτωμάτων ἢ ἐλαχίστων ἀτύπων τοιούτων, ἢ καὶ εἰς ἀμοιβαδώσεις ὑποδυομένας κοινὰς διαρροϊκὰς καταστάσεις.

Ἡ παθογνωμονικὴ ἀλλοίωσις συνίσταται εἰς τὰ ἤδη περιγραφέντα «ὀμφαλοειδῆ» ἔλκη, ἅτινα εἰς ποικίλον ἀριθμὸν—ἐνίοτε ἐλάχιστα, 2 ἕως 3, ἄλλοτε τούναντιον τόσον πολλά, ὥστε νὰ καλύπτουν τὸν βλεννογόνον καὶ αὐτοῦ τοῦ σιγμοειδοῦς—ἐδράζονται κυρίως ἐπὶ τοῦ ὀρθοῦ. Τὰ ἔλκη ταῦτα ἄλλοτε εἶναι ἐπιπολής, ἄλλοτε βαθέα, ἄλλοτε μικρά, ἄλλοτε ἢ διάμετρος των ὑπερβαίνει τὸ ἐν ἑκατοστόν. Ἄνωμαλα καὶ μεγάλα, δύνανται νὰ συνενωθοῦν, ὁπότε καὶ καλύπτονται ὑπὸ μιᾶς λευκοκιτρίνης ψευδομεμβράνης, κάτωθεν τῆς ὁποίας αἱμορραγεῖ ἡ βάσις των. Συνηθέστερον ἐμφανίζονται ὡς μικρά στίγματα, μεγέθους κεφαλῆς καρφίδος, περιβαλλόμενα ὑπὸ λευκαζούσης ἄλω ἢ ὑπεραιμικοῦ δακτυλίου καὶ χωριζόμενα ἀλλήλων ὑπὸ βλεννογόνου συμφορητικοῦ κατὰ τὰς ὀξείας φάσεις, εἰς δὲ τὰς ὑπὸ θεραπείαν ἢ ἐν βελτιώσει ἢ καὶ χρονίας ἀκόμη καταστάσεις ὑπὸ φυσιολογικοῦ τοιοῦτου.

Εἰς τὰς χρονίας ἀμοιβαδώσεις ἡ εἰκὼν αὕτη παύει νὰ εἶναι τόσον χαρακτηριστικῇ. Εἰς τὸ στάδιον τοῦτο ἐπικρατεῖ κυρίως τὸ

στοιχείον τῆς ὑπερπλασίας, λόγω τῶν συνεχῶν ἐπιμολύνσεων. Πράγματι, ὁ βλεννογόνος ἐμφανίζεται πεπαχυσμένος, ἐρυθρός, μὲ σαφή πτύχωσιν, ἥτις ἐμποδίζει ἐνίοτε καὶ αὐτὴν τὴν εἰσαγωγὴν τοῦ ὀρθοσκοπίου. Ἀναλόγως τοῦ βαθμοῦ ὑπερπλασίας θὰ ἔχωμεν καὶ ἀναλόγους εἰκόνας, ὡς κοκκιώδη βλεννογόνον ἢ λίαν ὑπερτροφικόν, μέχρι δημιουργίας ψευδο—δγκου, ὁπότε συγχέονται μὲ καρκίνον. Ἡ ὑπερπλαστικὴ αὕτη κατάστασις δύνатаι νὰ ἐξελιχθῆ καὶ πρὸς στένωσιν τοῦ ὀρθοῦ, ἥτις ἐπεκτείνεται εἰς βάθος 10 ἐκ. περίπου ἀπὸ τοῦ σφινκτῆρος, καὶ ἀρκετὰ συχνὰ καλύπτεται ὑπὸ τῶν κλασσικῶν ἐξελκώσεων. Φυσικά, ἅμα τῇ διαπιστώσει εἴτε ἐνὸς ψευδο—δγκου εἴτε μιᾶς στενώσεως, πρὶν ἢ αὕτη ἀποδοθῆ εἰς τὴν ἀμοιβάδωσιν, θὰ πρέπει νὰ ἀποκλεισθῆ κυρίως ἢ κακοήθης νεοπλασία, ἢ νόσος τῶν Nicolas—Favre—σπανία σήμερον—ἢ φυματίωσης, κ. ο. κ. Δι' ὅ ἀπαραιτήτως δεόν νὰ γίνεταί βιοψία καὶ ἱστολογικὴ ἐξέτασις.

Τὰ ἀμοιβαδικὰ ἔλκη, δταν ἐπουλωθοῦν, ἢ δὲν ἐγκαταλείπουν ἴχνη, ἢ τούναντιόν, ὡς ἔχομεν πλειστάκις παρατηρήσει, ἐγκαταλείπουν μικροσκοπικὰς διασπάρτους οὐλάς, ἰδίως ἐπὶ τῶν βαλβίδων, αἵτινες προσδίδουν εἰς τὸν βλεννογόνον τοῦ ὀρθοῦ εἰδικὴν καὶ χαρακτηριστικὴν εἰκόνα, τὴν ὁποίαν προσωπικῶς παρομοιάζομεν μὲ τὴν ὄψιν τοῦ προσώπου ἀτόμου ἔχοντος προσβληθῆ ὑπὸ εὐλογίας. Τὴν εἰκόνα αὐτὴν θεωροῦμεν χαρακτηριστικὴν καὶ ὡς ἐρμηνεύουσαν μίαν παλαιὰν ἀμοιβάδωσιν. Ἐπιμένομεν δὲ ἐπὶ τῆς εἰκόνας ταύτης, διότι οὐδαμοῦ ἄλλοῦ τὴν εἶδομεν περιγραφομένην.

Εἰς ὄλα τὰ στάδια ἐξελιξεως τῆς νόσου ἢ ὄψις τοῦ ἐντερικοῦ βλεννογόνου προσλαμβάνει ἰδιάζουσαν σημασίαν. Ἡ διαπίστωσις διαχύτου ἐρυθρότητος μετὰ φλεγμονῆς καὶ οἰδήματος, ἰδίως τῶν βαλβίδων Houston, ἐνέχει ἰδιαιτέραν διαγνωστικὴν ἀξίαν. Καὶ τοῦτο, διότι συνυπάρχουσα φλεγμονὴ ὑποδηλοῖ συνύπαρξιν παθογόνων μικροβίων, ἅτινα καὶ μόνα ἄρκοῦν νὰ προκαλέσουν κλινικὰ φαινόμενα ἐκ τοῦ ἐντέρου.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΟΡΘΟΣΚΟΠΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ

Ἡ διαπίστωσις ἐξελκώσεων παρὰ τὸ ὀρθὸν καὶ σιγμοειδὲς ἐπιβάλλει τὴν ἄμεσον ἀναζήτησιν τοῦ αἰτίου. Πολλαπλᾶ εἶναι τὰ αἷτια, ἅτινα δύνανται νὰ προκαλέσουν ἐξελκώσεις, ὅπως, πλὴν τῆς ἀμοιβάδωσης, χρόνιαι παθήσεις τοῦ ἐντέρου ἢ ὀξείαι ἢ δευτεροπαθεῖς, τοξικαί, εἴτε γενικὰ αἷτια, ὡς μία ἄλλεργία.

Ἐξ ὄλων ὁμῶς αὐτῶν τῶν αἰτίων, τέσσαρας κυρίως νόσους θὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν, ὡς προκαλούσας ἐξελκώσεις: τὴν αἱμορραγικὴν

όρθο - κολίτιδα, τήν βακτηριδικήν δυσεντερίαν, τήν φυματίωσιν καί τόν καρκίνον. Καί αἱ τέσσαρες ὁμοῦ αὐταί νόσοι, χάρις εἰς τήν ἴδιαν μακροσκοπικήν εἰκόνα ἐκάστης, διαγιγνώσκονται ὀρθοσκοπικῶς λίαν εὐχερῶς.

1) Αἱμορραγική ὀρθο-κολίτις. Ἐκ τῶν πλέον τυπικῶν εἰκόνων, ὥστε ἀρκεῖ νά τήν ἴδῃ τις μίαν ἕως δύο φορές διά νά δύναται μελλοντικῶς νά τήν διαγιγνώσκῃ. Περιληπτικῶς ὑπενθυμίζομεν (βλ. σ. 147), ὅτι ὁ ἐντερικός βλεννογόνος ἐμφανίζει διάχυτον καί ἔντονον ὑπαιμίαν. Εἶναι κοκκιώδης, ἐξαιρετικῶς εὐθρυπτος, ἀποκοπτόμενος τῇ ἀπλῇ ἐπαφῇ τοῦ ὀρθοσκοπίου, ἐντός τοῦ ὁποίου ρεεῖ πύον καί αἷμα. Τό τελευταῖον τοῦτο ἀναβλύζει κυριολεκτικῶς ἐκ τοῦ βλεννογόνου ὅπως «ὁ ἰδρῶς ἐκ τοῦ μετώπου». Ὅταν παρατηροῦνται ἔλκη, ταῦτα εἶναι λίαν μικροῦ μεγέθους, στρογγύλου σχήματος, οὐχί βαθέα, ἀλλ' ἐπιπολής, αἰμάσσοντα καί πλήρη πύου.

2) Βακτηριδική δυσεντερία. Ἡ ὀρθοσκόπησις εἶναι δυσχερής καί ἐπίπονος κατά τό ὄξυ στάδιον τῆς νόσου, λόγω τῆς βαρείας καταστάσεως τοῦ ἀρρώστου. Ὁ βλεννογόνος ἐμφανίζει καθολικήν ὑπαιμίαν, μέ διάχυτον φλεγμονήν καί οἴδημα. Τά ἔλκη, φερόμενα καθέτως πρὸς τόν μέγαν ἀξονα τοῦ ἐντέρου, εἶναι ἐπιπολής, μέ χεῖλη οὐχί ἀποκεκολλημένα, ἰσοῦψῃ πρὸς τήν βά-

Εἰκὼν 14. Σχηματική ἀπεικόνισις τῶν διαφόρων ἐξελκώσεων τοῦ ὀρθοῦ - σιγμοειδοῦς ὡς αὐταί φαίνονται ἐν τομῇ (ἀριστερά) καί μακροσκοπικῶς διά τοῦ ὀρθοσκοπίου (δεξιὰ).

Ἐκ τῶν ἄνω πρὸς τά κάτω:

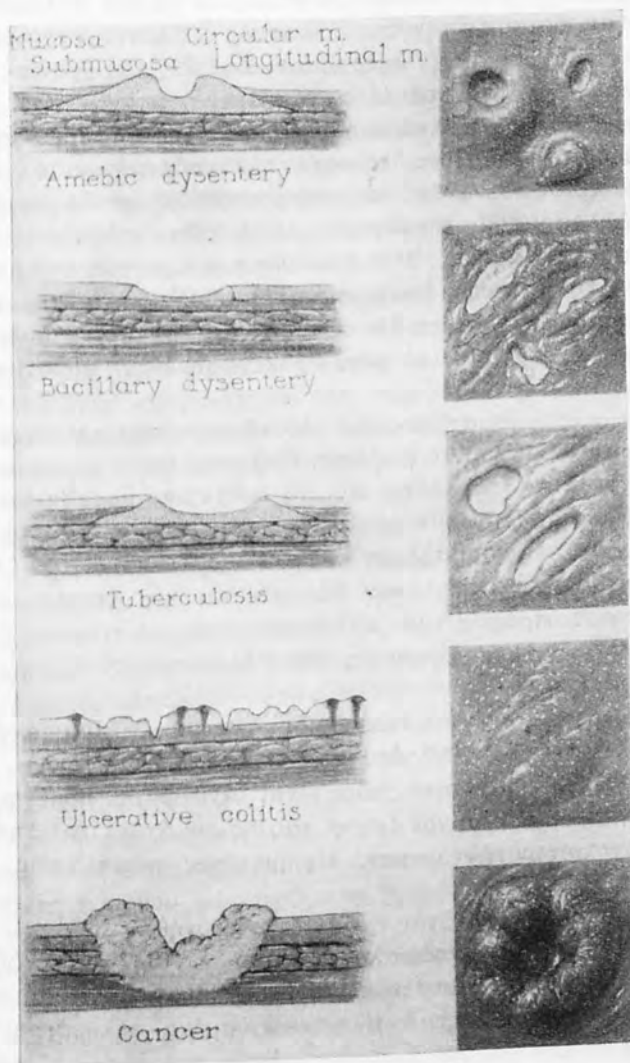
Ἀμοιβαδική δυσεντερία. Τυπικαί ὀμφαλοειδεῖς ἐξελκώσεις ἐπεκτεινόμεναι μέχρι καί τοῦ ὑποβλεννογονίου χιτῶνος. Ὁ μεταξὺ δύο ἐξελκώσεων βλεννογόνος εἶναι φυσιολογικός (δεξιὰ).

Βακτηριδική δυσεντερία. Ἡ ἐξελκωσις δέν ἐπεκτείνεται πέραν τοῦ βλεννογόνου (ἀριστερά). Ἐπιπολής, μέ χεῖλη συμφυόμενα καί σχῆμα ἐπίμηκες μέ ἀνώμαλα ὄρια. Ὁ μεταξὺ τούτων βλεννογόνος εἶναι οἰδηματώδης, ὑπερτροφικός.

Φυματίωσις. Ἡ ἐξελκωσις ἐπεκτείνεται μέχρι καί τοῦ μυϊκοῦ χιτῶνος, τόν ὁποῖον δέν προσβάλλει (ἀριστερά). Ἐξελκωσις ἀνώματος, μέ χεῖλη ἀποκεκολλημένα, ἰσοῦψῃ πρὸς τήν βάσιν.

Αἱμορραγική ὀρθοκολίτις. Μόνον ὁ βλεννογόνος ἔχει προσβληθῆ (ἀριστερά). Μικρά ἐπιπολής ἔλκη μέ βλεννογόνον ἀφθόνως αἰμάσσοντα καί καλυπτόμενον ὑπὸ πολλαπλῶν πορφυρικῶν κηλίδων καί ἐκχυμώσεων.

Καρκίνος. Ἐχει προσβληθῆ καί αὐτός ὁ μυϊκός χιτῶν (ἀριστερά). Ἐξηλωμένος ὄγκος. (in L. A. Buie; Practical Proctology).



Εικών 14.

(Επεξηγήσεις βλ. Έναντι σελίδα).

σίου, με έντονον συγχρόνως λόγω της φλεγμονής περισταλτισμόν.

“Όσον αφορά την πύλωσιν, αυτή συνήθως εξαφανίζεται, ιδίως κατά μήκος του άριστερου κόλου, όπερ λαμβάνει την κλασσικήν «άλλαντοειδή» όψιν.

Είς περίπτωσιν άμοιβαδώματος, ιδίως του τυφλου, μετά δυσκολίας ό όγκος ούτος θά διακριθῆ ένός κακοήθους τοιούτου. “Η διαπιστώσις πολλαπλών όγκων συνηγορεί υπέρ της άμοιβαδικής αιτιολογίας των.

Γενικώς δυνάμεθα νά ειπώμεν, ότι ή άκτινολογική εξέτασις επιτρέπει νά συλλάβη τις την προσβολήν του έντέρου και τον βαθμόν ταύτης, νά διαχωρίση τās λειτουργικές άλλοιώσεις, αλλά δέν δύναται νά θέση διάγνωσιν άμοιβαδώσεως, δεδομένου ότι τά αυτά άκτινολογικά φαινόμενα δυνατόν νά παρατηρηθοϋν κατά την διαδρομήν οίασδήποτε χρονίας κολίτιδος.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

“Η θεραπεία της άμοιβαδώσεως, κατά τά τελευταία ιδίως έτη, έχει βελτιωθῆ τά μέγιστα. Καί τοϋτο, διότι ή προσοχή του θεράποντος άπεσπάσθη κάπως από αυτό τοϋτο τό παράσιτον και διεμοιράσθη περί την βιολογίαν του, τό μέσον—τό έντερικόν περιβάλλον—έντός του όποιου διαβιοῖ, την εξέλιξιν του, τους όρους οΐτινες εϋνοοϋν ταύτην. “Οσάκις ή θεραπευτική άγωγή δέν ελάμβανεν όπ’ όψιν ταϋτα όχι μόνον άπετύγχανεν, αλλά πολλάκις ειχε τά αντίθετα άκριβώς άποτελέσματα.

Παρά ώρισμένας αντιθέτους άπόψεις, δέν είναι δυνατόν νά παραβλέψη τις τον ρόλον των μικροβίων του έντέρου, τά όποια, υπό ώρισμένους όρους, μετατρέπονται άφνιδίως εις έξαιρετικώς παθογόνα με άποτελεσμα την δημιουργίαν μιās όξειας ή χρονίας έντερικης φλεγμονής. “Εχει έξ άλλου διαπιστωθῆ, ότι, υπό την επίδρασιν λ. χ. ώρισμένων βιοθεραπευτικων, διασπᾶται ή φυσιολογική ίσορροπία της μικροβιακής χλωρίδος, όποτε κοινά μικρόβια, οϋδέν ένόχλημα προκαλοϋντα, άπουσία αντιπάλου, εύρίσκουν καταλλήλους όρους αναπτύξεως, άποκτώντα άσυνήθη τοξικότητα.

“Υπενθυμίζομεν, ότι ή χρῆσις των βιοθεραπευτικων αυτών, καταστρέφουσα την φυσιολογικήν μικροβιακήν χλωρίδα και εϋνοοϋσα την ανάπτυξιν μικροβίων, άνθισταμένων εις τά βιοθεραπευτικά, ιδίως όταν ή χλωρίς περιλαμβάνη ένα παθογόνον σταφυλόκοκκον, προκαλει διαταραχάς έξαιρετικώς επικινδόνους, ένίοτε θανατηφόρους, έκδηλουμένας υπό μορφήν έπιμόνων διαρροϊων, αιτινες υπενθυμίζουν

τὴν χολέραν, βαρυτάτης προγνώσεως, καὶ ἐναντίον τῶν ὁποίων μόνῃ ἢ ἐρυθρομυκίνη δύναται, σχετικῶς, ν' ἀντεπεξέλθῃ.

Αἱ ὑπὸ τῶν παρασίτων προκαλούμεναι βλάβαι ἢ τραυματισμοὶ τοῦ ἐντερικοῦ βλεννογόνου θὰ ἐπιμολυνθοῦν ἀπὸ τὰ προϋπάρχοντα μικρόβια. Ὑπάρχει ὁμοῦς ἕδαφος ἄλλοτε εὐνοϊκὸν καὶ ἄλλοτε ὄχι ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἀνάπτυξιν τῶν μικροβίων τούτων, ὅπως ὑπάρχουν καὶ μικρόβια—τὰ *Subtilis* καὶ *Mesentericus* κατὰ τοὺς *Blanc* καὶ *Siguiet*—τῶν ὁποίων ἡ παρουσία ἐμποδίζει τὴν ἀνάπτυξιν καὶ τὴν τοξικότητα τῆς δυσεντερικῆς ἀμοιβάδος. Ἐξ οὗ, πιθανῶς, καὶ ἡ δυνατότης ὑπάρξεως τῶν «ὀγίων φορέων».

Αἱ ἐργασίαι τοῦ Ἑγγλοῦ *Hargreaves* ὡς καὶ τῶν Γάλλων *Blanc* καὶ *Siguiet* προέβαλον εἰς τὸ προσκῆνιον τὴν σπουδαιότητα καὶ σημασίαν τῆς συνυπάρξεως τοῦ μικροβιακοῦ παράγοντος.

Ἡ συνύπαρξις αὕτη—μικροβιακὴ χλωρίς+ἀμοιβὰς—εἶναι σχεδὸν ὑποχρεωτικὴ, οὕτως ὥστε ἤδη νὰ μὴ γίνεται πλέον παραδεκτὸς ὡς ἀποκλειστικὸς ὁ ρόλος μόνον τῶν μικροβίων ἢ μόνον τῆς ἀμοιβάδος. Οὕτω δὲ γίνονται νοηταὶ αἱ ἐποχικαὶ ὑποτροπαὶ τῆς ἀμοιβαδῶσεως, ὡς ἀντιστοιχοῦσαι εἰς ἀναλόγους μεταλλαγὰς τῆς μικροβιακῆς χλωρίδος τοῦ καταναλισκομένου ὕδατος. Ἡ ἀμοιβαδικὴ δυσεντερία θεωρεῖται ἐπομένως ὡς μία μικτὴ κολίτις παρασιτικὴ καὶ μικροβιακὴ.

Ἡ σημασία ἣν ἐνέχει ἡ συνυπάρχουσα μικροβιακὴ χλωρίς καὶ διὰ τὴν ἀνάπτυξιν τῆς ἀμοιβάδος, ἀλλὰ καὶ διὰ τὰς κλινικὰς ἐκδηλώσεις τῆς νόσου, εἶναι πλέον ἢ ἐμφανῆς.

Ἀπὸ πολλῶν ἐτῶν ἤδη, ἔχοντες παρακολουθήσει ἓνα πολὺ μεγάλον ἀριθμὸν ἀρρώστων, ἐπίσθημεν ὅτι αἱ περισσότεραι τῶν κλινικῶν ἐκδηλώσεων, ἀκόμη καὶ αἱ πλέον ἀνησυχητικαί, ὑποχωροῦν συνήθως μὲ τὴν θεραπείαν διὰ βιοθεραπευτικῶν.

Τοῦτο δὲ καὶ εἰς τὰς ὀξείας καταστάσεις, καθ' ἃς ἡ ἐξέτασις τῶν κοπράνων ἀποκαλύπτει τὴν ὕπαρξιν αἱματοφάγων ἱστολυτικῶν ἀμοιβάδων.

Ἡ ὀρθοσκοπικὴ παρακολουθήσις τῶν ἀρρώστων, ἐπὶ τῆς ὁποίας καὶ βασιζόμεθα, ἐπιβεβαίωσι ἀπολύτως τ' ἀνωτέρω. Κατὰ τὴν ὀξείαν φάσιν τῆς νόσου παρατηροῦμεν, ὅτι ὁ ἐντερικὸς βλεννογόνος παρουσιάζει ἔντονον ὑπεραιμίαν, φλεγμονὴν καὶ τὰ τυπικὰ ὄμφαλοιδη ἑλάττωμα. Ἐάν εἰς τοὺς ἀρρώστους αὐτοὺς χορηγήσωμεν εὐθὺς ἐξ ἀρχῆς εἴτε ἐμετίνην εἴτε ἔν οἰονδήποτε ἄλλο ἀντιἀμοιβαδικὸν παρασκευάσμα, ὡς ἀρσενικοῦχον, ἰωδιοῦχον κλπ., θὰ παρατηρήσωμεν συνήθως τὰ ἐξῆς: α) Κ λ ι ν ι κ ῶ ς: βελτιώσεις οὐχὶ ἄμεσος, ἀλλὰ λίαν βραδεία, ἀπαιτοῦσα ἐβδομάδας, καθ' ἃς ὁ ἄρρωστος δὲν ἀπαλλάσσει

ται πλήρως τῶν ἐνοχλημάτων του. β) Ὁρθοσκοπικῶς: οὐδεμία σχεδὸν βελτιώσεις. Ὁ βλεννογόνος παραμένει ὑπεραιμικός, φλεγμαίνει, τὰ δὲ ἀμοιβαδικὰ ἔλκη μετὰ πάροδοι ἐβδομάδων, ἀκόμη καὶ μηνῶν, δὲν ἔχουν ἐξαφανισθῆ.

Ἐὰν ὁμοῦ καταπολεμήσωμεν εὐθὺς ἐξ ἀρχῆς τὸν μικροβιακὸν παράγοντα χορηγοῦντες ἕν ἐκ τῶν βιοθεραπευτικῶν—ὡς θέλομεν ἐκθέσει—πρὸ πάσης ἄλλης θεραπείας, θὰ παρατηρήσωμεν τὰ ἑξῆς:

α) Κλινικῶς: μετὰ πάροδοι ὀλίγων ἡμερῶν ἐξαφάνισις τῶν ὀξέων ἐντερικῶν φαινομένων καὶ συχνάκις τελεία κλινικὴ ἴασις.

β) Ὁρθοσκοπικῶς: ἐξαφάνισις τῆς ὑπεραιμίας καὶ φλεγμονῆς. Ἡ ὄψις τοῦ βλεννογόνου τελείως φυσιολογική. Πλὴν ὁμοῦ, ἐπὶ τοῦ φυσιολογικοῦ τῆν ὄψιν τοῦτου βλεννογόνου θὰ παρατηρήσωμεν ἐκ νέου τῆν ὑπαρξιν τῶν πρὸ τῆς θεραπείας διαπιστωθέντων ἐλκῶν, τὰ ὁποῖα ἐλάχιστα ἢ οὐδόλως ἐπηρεάσθησαν.

Κατόπιν τῆς προσωπικῆς ταύτης παρατηρήσεως, ἐκτεθείσης ἤδη ἀπὸ τοῦ 1947, ἡμεῖς θεωροῦμεν ὅτι τὰ ὀξέα κλινικὰ φαινόμενα, τὰ ὀρθοσκοπικῶς ἐρμηνευόμενα ἀπὸ τὴν ὑπεραιμίαν καὶ φλεγμονὴν τοῦ βλεννογόνου, ὀφείλονται εἰς τὸν μικροβιακὸν παράγοντα καὶ οὐχὶ εἰς τὸ παράσιτον, ἐφ' ὅσον παρά τὴν ἐξαφάνισιν τῶν κλινικῶν φαινομένων αἱ παθολογοανατομικαὶ ἀλλοιώσεις—αἱ ἐξελεκώσεις—ἐξακολουθοῦν νὰ ὑφίστανται, ἐντὸς δὲ αὐτῶν δυνάμεθα κατόπιν ἀποξέσεως ν' ἀνεύρωμεν τὴν ἱστολυτικὴν ἀμοιβάδα. Βεβαίως δὲν ἀρνούμεθα τὸν παθογόνον ρόλον τῆς ἀμοιβάδος, ἐφ' ὅσον γνωρίζομεν ὅτι αὕτη, ἐὰν δὲν συνεχισθῆ ἡ θεραπεία, θὰ ἐξακολουθήσῃ νὰ καταστρέφῃ τοὺς ἱστούς, ὅταν θὰ εὔρη τοὺς καταλλήλους πρὸς τοῦτο ὄρους, ὁπότε θὰ προκαλέσῃ καὶ μεταστάσεις εἰς ἄλλα ὄργανα.

Οὕτω καὶ μόνον ἐξηγεῖται τὸ φαινόμενον τῆς ἀποτυχίας τῶν λεγομένων «εἰδικῶν» ἀντιἀμοιβαδικῶν θεραπειῶν καὶ διατί, ἀκόμη καὶ ὅταν ἐξαφανισθοῦν τὰ παράσιτα, ἡ παραμένουσα μικροβιακὴ χλωρίς δημιουργεῖ μίαν μεταμοιβαδικὴν κολίτιδα. Διότι ἡ μικροβιακὴ κολίτις ὄχι μόνον εὐνοεῖ τὴν τοξικότητα τοῦ παρασίτου, ἐμποδίζει τὴν ἴασιν, ἀλλὰ καὶ προκαλεῖ ἐπιπλοκάς. Τὸ αὐτὸ ἐξ ἄλλου ἰσχύει ὄχι μόνον διὰ τὴν ἀμοιβάδα, ἀλλὰ καὶ δι' οἴονδῃποτε ἄλλο παράσιτον.

Δέον νὰ σημειωθῆ ὅτι ἐκτὸς τῆς μικροβιακῆς χλωρίδος τοῦ ἐντέρου, θὰ πρέπη ἴσως νὰ ληφθῆ ὑπ' ὄψιν καὶ ἑτέρα ἐντερικὴ χλωρίς ἀποτελου-

μένη από φυράματα και κατωτέρους μύκητας, ικανή να προκαλέσει υπό ώρισμένους όρους σοβαράς διαταραχής. Τοῦτο ἀπεδείχθη προσφάτως, κατόπιν τῆς χορηγήσεως τῶν διαφόρων βιοθεραπευτικῶν, ὅποτε, μετὰ τὴν καταστροφὴν τῶν εὐαίσθητων μικροβίων, παρέμενον ὄχι μόνον διάφοροι σταφυλόκοκκοι ἢ ἐντερόκοκκοι, ἀλλὰ — ἀρκετὰ συχνά — μία χλωρίς ἀποτελουμένη ἐξ ἀναεροβίων σπορίων, μυκήτων καὶ φυραμάτων λίαν ἀνθεκτικῶν. Τὰ βιοθεραπευτικά οὐδεμίαν ἐπίδρασιν ἔχουν ἐπὶ τούτων καὶ τοιοῦτοτρόπως πληθύνονται, αὐξάνουν σημαντικώτατα τὸ ποσὸν τῶν ὀργανικῶν ὀξέων καὶ προκαλοῦν θανατηφόρους ἐπιπλοκάς.

Τὴν ἀνάπτυξιν καὶ ἐκδήλωσιν τῆς ἀμοιβαδώσεως—ἐκτός τῆς μικροβιακῆς χλωρίδος — εὐνοοῦν καὶ ἄλλαι καταστάσεις. Οὕτως ἡ διατροφή, ὁσάκις εἶναι ἀνεπαρκής, ἐλαττώνει τὴν ἀντίστασιν τοῦ ὀργανισμοῦ, ἢ ἐρεθιστικῆ, προκαλεῖ γαστρο-εντερικὰς διαταραχάς. Εἰς περίπτωσιν ἐπιπροσθέτου ζυμογόνου κολίτιδος θ' αὐξηθῶσιν τὰ λευκώματα, θὰ μειωθῶσιν οἱ ὕδατάνυθρακες ὡς καὶ ἡ κυτταρίνη, ἥτις πιθανὸν νὰ ἐρεθίσῃ τὸν ἐντερικὸν βλεννογόνον. Ἀντιθέτως, εἰς περίπτωσιν σμηγιγόνου κολίτιδος θὰ μειωθῶσιν τὰ λευκώματα κ.ο.κ.

Ἡ θεραπεία τῆς ἐντερικῆς ἀμοιβαδώσεως θὰ πρέπει ν' ἀκολουθῇ ὠρισμένους κανόνας. Ὑπάρχει μία τάξις ἀφορώσα τὴν χορήγησιν τῶν διαφόρων φαρμάκων. Κυρίως ὁμως θὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν, ὅτι ἡ θεραπεία θὰ διαφέρῃ ἀναλόγως τοῦ σταδίου ἐξελιξεως τῆς νόσου.

Θὰ διακρίνωμεν ἐπομένως τὴν ἀμοιβαδικὴν δυσεντερίαν, ἥτοι τὴν ὀξεῖαν φάσιν τῆς νόσου, καὶ τὴν ἀμοιβαδικὴν κολίτιδα, ἥτοι τὴν χρονίαν ἀμοιβάδωσιν.

1. Ἀμοιβαδικὴ δυσεντερία.

Κατὰ τὴν φάσιν ταύτην τῆς νόσου, ὅτε κλινικῶς μὲν ἔχομεν τὸ δυσεντερικὸν σύνδρομον, ὀρθοσκοπικῶς τὴν ὑπεραιμίαν καὶ φλεγμονὴν τοῦ βλεννογόνου μετὰ τῶν ὀμφαλοειδῶν ἐξελκώσεων, κατὰ δὲ τὴν ἐξέτασιν τῶν κοπράνων ἀνευρίσκομεν τὴν βλαστικὴν μορφήν τοῦ παρασίτου, ἀπαιτεῖται μεγίστη προσοχὴ ὅσον ἀφορᾷ τὴν σειρὰν μὲ τὴν ὁποίαν θὰ χορηγηθῶσιν τὰ διάφορα φάρμακα, μὲ κυριώτεραν ἔνδειξιν τὰ βιοθεραπευτικὰ καὶ τὴν ἐμετινῆν.

Οἱ ξένοι συγγραφεῖς, ὅπως ὁ Hargreaves, οἱ Blanc καὶ Siguier, συνδυάζουν τὰ βιοθεραπευτικά μὲ τὴν ἐμετινῆν, χορηγοῦντες ταῦτα συγχρόνως. Καὶ ἀρχικῶς μὲν ἐχορηγοῦντο αἱ σουλφοναμίδια, κυρίως ἡ σουλφογουανιδίνη, ἐν συνεχείᾳ πενικιλίνη+στρεπτομυκίνη καὶ τελευταίως ἡ χρυσομυκίνη, τερραμυκίνη κ. λ. π. Ἡκολούθουν τὰ διάφορα ἀρσενικοῦχα καὶ ἰωδιοῦχα παρασκευάσματα.

Ἡμεῖς, ἀπὸ τοῦ 1946, χορηγοῦμεν ἀρχικῶς τὴν σουλφογουανι-

σεως (πτώσις), τοῦ νευρικοῦ συστήματος (πολυνευρίτις, προσβολή ἰδίως τῶν ἰσχυακῶν νεύρων καί τοῦ αὐχενικοῦ πλέγματος). Παρατηρήσαμεν οὕτως ἄρρωστον μέ φαινόμενα παραπληγίας κατόπιν ἐντόνου ἐμετινοθεραπείας.

Πρόδρομα σημεῖα εἰδοποιῶν περί τῆς ἐπερχομένης τοξικῆς ἐπιδράσεως τῆς ἐμετίνης: Ὀλιγουρία, πτώσις τῆς συστολικῆς πίεσεως, ταχυκαρδία, ἀδυναμία, ναυτία, διάρροια, πόνος κατά τὰ κάτω ἄκρα. Ἄμα τῇ ἐκδηλώσει τοιοῦτων συμπτωμάτων δεόν νά διακοπῇ ἀμέσως ἡ θεραπεία.

Ἡ μέχρι τοῦδε ἐκτεθεῖσα θεραπευτική ἀγωγή ἀρκεῖ συνήθως ὥστε νά παρέλθῃ ἡ ὀξεῖα φάσις τῆς νόσου καί νά ἐξαφανισθοῦν τὰ παράσιτα ἐκ τῶν κοπράνων, ὁπότε καί θά συνεχισθῇ αὕτη ὡς νά πρόκειται πλέον περί χρονίας ἀμοιβαδῶσεως (βλ. σ. 232).

Ὑπάρχουν ὁμως περιπτώσεις, κατά τὰς ὁποίας ἡ κλινική εἰκὼν εἶναι ἐξαιρετικῶς βαρεῖα, ἡ δὲ κατάστασις τοῦ ἀρρώστου λίαν ἀνησυχητική. Θά εἴμεθα τότε ὑποχρεωμένοι νά προσθέσωμεν καί γενικὴν θεραπείαν:

- Φυσιολογικός ὄρος.
- Ἐνδοφλέβιος χορήγησις πλάσματος.
- Περιφερικὴ καρδιοτόνωσις.
- Desoxycorticosterone (Doca), Κορτιζόνη.

Διὰ τὰς περιπτώσεις ἐξ ἄλλου αὐτὰς προτείνουν τὴν ἐνδοφλέβιον χορήγησιν τῆς ἐμετίνης. Μολταυτα, μέ τὴν ἄνω ἀγωγήν, καθίσταται περιττὴ ἡ ἐπικίνδυνος αὕτη μέθοδος χορηγήσεως.

Εἰς περίπτωσιν ταχείας ὑποτροπῆς τῆς νόσου, μετὰ τὸ πρῶτον ὀξὺ ἐπείσοδιον, δυνάμεθα νά ἐπαναλάβωμεν τὴν ἐμετίνην, ἀρκεῖ νά ἔχουν παρέλθῃ ἕξ τοῦλάχιστον ἑβδομάδες ἀπὸ τῆς τελευταίας ἐνέσεως. Ἐν ἐναντίᾳ περιπτώσει θά χρησιμοποιήσωμεν ἐκ νέου τὰ βιοθεραπευτικά καί θά συνεχίσωμεν μέ τὴν λεγομένην θεραπείαν συντηρήσεως.

Διὰ λόγους ἐνημερότητος καί μόνον, δεδομένου ὅτι ἐλαχίστην ἔχομεν προσωπικὴν πείραν, θ' ἀναφέρωμεν ἕν νέον φάρμακον προστεθὲν τὰ τελευταῖα ἔτη, τὴν *Cro-ness-i-ne*, ἣτις προῦτάθη ὑπὸ τοῦ *Crosnier* καί τῶν συνεργατῶν του.

Ἡ *Κονεσσίνη* εἶναι ἐκχύλισμα τῶν *Holarrhènes*, θαμνοειδῶν φυομένων εἰς Ἀσίαν καί Ἀφρικήν. Ἐξ ὄλων τῶν ἀπομονωθέντων ἀλκαλοειδῶν τὸ πλέον χρησιμοποιήσιμον ἀπεδείχθη ἡ *Κονεσσίνη*, δοκιμασθεῖσα τὸ πρῶτον εἰς τὴν Γαλλικὴν Ἀφρικὴν κατὰ

τὴν διάρκειαν τοῦ τελευταίου πολέμου, ὅποτε παρατηρήθη ἔλλειψις ἑμετίνης.

Πρόκειται περὶ ἰσχυροῦ ἀμοιβαδοκτόνου, ἰσαξίου τῆς ἑμετίνης, τὸ ὁποῖον δρᾷ κυρίως εἰς τοὺς ἱστούς καὶ συναγωνίζεται ταύτην εἰς τὴν θεραπείαν τῆς ἀμοιβαδικῆς ἥπατίτιδος. Ἀπεκκρίνεται μόνον διὰ τῶν οὖρων εἰς ἀναλογίαν 1 : 10. Ἡ ὑπόλοιπος ποσότης ἢ καταστρέφεται ἢ παραμένει ἐντὸς τῶν ἱστών. Ἀπορροφουμένη εἰς τὸ ἔντερον, ἀνευρίσκεται εἰς τὸ αἷμα καὶ ἀποβάλλεται βραδέως, ἐντὸς 15 περι-που ἡμερῶν, διὰ τῶν οὖρων.

Εἰς τὸ αἷμα διαμοιράζεται ἐξ ἴσου μεταξὺ αἰμοσφαιρίων καὶ πλάσματος, ὁ δὲ ὁρὸς ἀρρώστου θεραπευομένου διὰ κονεσσίνης ἀποκτᾷ σαφεῖς ἀνασταλτικὰς ἰδιότητας ἐπὶ τῶν καλλιιεργειῶν τῶν ἀμοιβάδων. Ἐφ' ὅσον δὲ δὲν ἀποβάλλεται διὰ τῶν κοπράνων, ἢ ὀρθοσκοπικῶς διαπιστουμένη εὐνοϊκὴ ἐπίδρασις ἐπὶ τῶν ἀλλοιώσεων τοῦ ὀρθοῦ δέον ν' ἀποδοθῇ εἰς γενικὴν διασποράν τῆς ἐν τῷ ὄργανισμῷ.

Ἡ κονεσσίνη χορηγεῖται ὑπὸ μορφῆν δισκίων τῶν 0,10 ὡς ἐξῆς: ἀνά 5 δισκία ἡμερησίως ἐπὶ πέντε ἡμέρας, ἐν συνεχείᾳ ἀνά 3 δισκία ἐπὶ τρεῖς ἡμέρας. Ἡ ὁλικὴ δόσις κυμαίνεται μεταξὺ 4,60 — 5 γραμ., σπανιώτατα φθάνει τὰ 6 γραμ.

Παρὰ τὰ ἀναφερθέντα ἄριστα ἀποτελέσματα, ἢ χρησιμοποίησις τῆς κονεσσίνης δὲν ἐγενικεύθη, λόγῳ τῶν λίαν δυσαρέστων παρενεργειῶν τῆς.

Πράγματι, παρατηρήθησαν ἔντονα ψυχικὰ φαινόμενα, ὅπως παραλήρημα, ἀϋπνία συνοδευομένη ὑπὸ διεγέρσεων ἢ ἀγχωδῶν ὀνείρων, ἀπὸ ἐφιάλτας καὶ παθολογικὸν ἐρωτισμὸν. Τὰ φαινόμενα ταῦτα ἐξελιχθησαν μέχρι διχασμοῦ τῆς προσωπικότητος. Ἐτεροι σημειωθεῖσαι παρενέργειαι ἦσαν παροξυντικὴ ταχυκαρδία, τρόμος, ἱλιγγος, φαινόμενα λίαν ἐκδηλὰ εἰς νευροτονικὰ κυρίως ἄτομα, δηλαδὴ εἰς κατάστασιν συνήθη εἰς τοὺς ἀμοιβαδικούς.

Πρὸς ἀποφυγὴν τῶν ὡς ἄνω ἐνοχλημάτων συνιστᾶται ἡ ἐνδοφλέβιος χορήγησις γλυκονικοῦ ἀσβεστίου πρὸ τῆς θεραπείας καὶ κατὰ τὴν διάρκειαν ταύτης, ὡς καὶ βιταμίνης C. Διὰ τὴν καταπολέμησιν τῆς προκαλουμένης ἀϋπνίας χορηγοῦνται ἐκάστην ἑσπέραν δύο δισκία Phenergan. Οὕτως ἡ κονεσσίνη γίνεται καλῶς ἀνεκτὴ, τὰ δὲ εὐνοϊκὰ ἀποτελέσματα ἐπεβεβαιώθησαν κλινικῶς, παρασιτολογικῶς καὶ ὀρθοσκοπικῶς.

2. Χρονία άμοιβάδωσις.

Ἡ κατωτέρω θεραπεία θά ἐφαρμοσθῆ ὡς συνέχεια τῆς ἤδη περιγραφείσης διὰ τὴν ὄξειαν δυσεντερίαν.

Ἐπενθυμίζομεν (βλ. κλινικὴ εἰκόν), ὅτι μία χρονία άμοιβάδωσις δὲν συνεχίζει ὑποχρεωτικῶς μίαν ὄξειαν τοιαύτην, ἀλλὰ δυνατόν νά ἐκδηλωθῆ τὸ πρῶτον ὡς κοινὴ κολίτις, ὡς διαρροϊκὴ κατάσταση, ὡς δυσκοιλίότης κ.ο.κ. Δέον νά ἔχωμεν ἐπίσης ὑπ' ὄψιν, ὅτι κατὰ τὴν ἐξέτασιν τῶν κοπράνων ἀνευρίσκονται κυρίως αἱ κύστεις ἢ αἱ ἄλλαι μορφαὶ τῆς άμοιβάδος, σπανιώτατα δὲ ἡ αἱματοφάγος. Ἡ ὀρθοσκοπήσις θά μᾶς πληροφορήσῃ ἐάν συνυπάρχῃ μικτὴ κολίτις, ἐξελκώσεις κ.λ.π.

Ἡ τηρηθησομένη ἀγωγή θά εἶναι ἡ ἀκόλουθος :

α) Ἐνίστε ἀπαιτεῖται ἐμετίνη, εἰς μικροτέρας δόξας (0 γραμ. 04 κατὰ 24 ὥρον) ἐπὶ δώδεκα τὸ πολὺ ἡμέρας (ὁ ἄρρωστος δέον νά παραμείνῃ κλινῆρης). Οὐδεμίαν ἐπίδρασιν ἔχει ἡ ἐμετίνη ἐπὶ τῶν κύστεων κλπ.

Κυρίως θ' ἀρχίσωμεν ἀπὸ ἓν βιοθεραπευτικόν (Terramycine) εἰς τὴν δόξιν τοῦ ἑνός ἕως ἑνός καὶ ἡμίσεος γραμ. ἡμερησίως ἐπὶ 10 ἡμέρας.

— Ἐν συνεχείᾳ :

β) Τὰ ἀρσενικοῦχα :

Τὰ τριδύναμα ἀρσενικοῦχα (Salvarsan, Neo-salvarsan) δὲν χρησιμοποιοῦνται πλέον.

Προτιμῶνται τὰ πεντοδύναμα τύπου Stovarsol, Treparsol, Carbarson. Ταῦτα, in vitro, εἶναι κατὰ δέκα φορές ἀσθενέστερα τῆς ἐμετίνης, ὅσον ἀφορᾷ τὴν άμοιβαδοκτόνον ἰδιότητά των.

Ἀπεδειχθησαν δμως ἄριστα λόγω τῆς εὐκόλου χρήσεώς των καὶ εἰς τὰς χρονίας μορφάς. Θά ἔχωμεν δμως πάντοτε ὑπ' ὄψιν τὰς ἀμέσους ἢ βραδείας παρενεργείας των, ὅπως πυρετόν, ἐμέτους, διάρροϊαν, ἐξάνθημα κνιδωτικόν, βραδείαν δηλητηρίασιν μὲ ἀτροφίαν τοῦ ὀπτικοῦ νεύρου, τὰς δερματικὰς ἐκδηλώσεις, ἀκόμη καὶ τὴν ἀκοκιοκυττάρωσιν.

Ἐξ ὄλων τούτων τὸ ὀλιγώτερον τοξικόν φαίνεται ὅτι εἶναι τὸ Ἀμερικανικόν Carbarson, ἂν καὶ περιέχει τὴν μεγαλύτεραν ποσότητα ἀρσενικοῦ (28,85%). Ἡ συνήθης δόσις εἶναι, ἀναλόγως τῆς ἀνεκτικότητος, 2—3 δισκία ἡμερησίως ἐπὶ μίαν ἐβδομάδα περίπου.

Προσφάτως ἐκυκλοφόρησεν ἓν νέον ἀρσενικοῦχον, τὸ Bemarsol : 4 δισκία ἡμερησίως τῶν 0 γραμ. 50 (δύο μετὰ ἕκαστον γεῦμα) ἐπὶ 10 ἡμέρας.

Ἐάν γίνῃ καλῶς ἀνεκτόν, ἡ δρᾶσις του εἶναι λίαν εὐνοϊκῆ.

— Ἐν συνεχείᾳ:

γ) Τὰ ἰωδιοῦχα:

Αἱ ἀντιαιμοιβαδικαὶ των ἰδιότητες ἐξαρτῶνται κυρίως ἀπὸ τὴν περιεκτικότητά των εἰς ἰώδιον καὶ τὴν μικράν των τοξικότητα.

Παλαιότερον ἐχρησιμοποιεῖτο τὸ Yairen (28, 5% ἰώδιον). Τὸ μέγα αὐτοῦ μειονέκτημα ἦτο ἡ πρόκλησις διαρροίας ἅμα τῇ ἐνάρξει ἢ περὶ τὸ τέλος τῆς θεραπείας, ὡς καὶ κωλικῶν τοῦ ἐντέρου, φαινόμενα ἐπιβάλλοντα τὴν διακοπὴν του. Ἐχορηγεῖτο ὡσαύτως εἰς ὑποκλυσμούς, ἰδίως εἰς τὴν ἀμοιβαδικὴν ὀρθίτιδα. Δὲν νομίζομεν ὅτι ἡ τοιαύτη χορήγησις εἶναι ἀπαραίτητος.

Τὸ *Vioforme* ἢ *Enterovioform* (37—41% ἰώδιον) 6 δισκία ἡμερησίως ἐπὶ 20 ἡμέρας.

Ἡ *Dilodoquin* (63, 9% ἰώδιον). Δέκα δισκία ἡμερησίως ἐπὶ 20 ἡμέρας. Παρατηρήσαμεν ὅμως, μὲ τὰς ὡς ἄνω δόσεις, φαινόμενα τοξικῆς κολίτιδος.

Direxiode. Νομίζομεν ὅτι εἶναι ἕν ἐκ τῶν πλέον εὐχρήστων καὶ ἀτοξικῶν παρασκευασμάτων. Περιέχει καὶ αὐτὸ 64% περιπίου ἰώδιον. Συνιστῶνται 10 δισκία ἡμερησίως ἐπὶ 20 ἡμέρας. Προτιμῶμεν—λόγῳ γαστρικῶν ἐνίοτε φαινομένων ἢ καὶ διαρροίας—νά ἐλαττώσωμεν τὴν δόσιν εἰς 6 δισκία ἡμερησίως κατὰ τὸ δεῦτερον δεκαήμερον.

— Ἐν συνεχείᾳ:

δ) *Sous-nitrate de bismuth*:

Ἐν κοχλιάριον σούπας (12 γραμ. περίπου) τὸ πρῶτῃ νῆσις, ἐπὶ 20 συνεχεῖς ἡμέρας.

Ἀνεφέραμεν μέχρι τοῦδε τὰ φάρμακα ἐκεῖνα—ἐξαιρέσει τῆς κονεοσίνης—καὶ τὴν θεραπευτικὴν ἀγωγὴν, ἣτις βασιζέται ἐπὶ προσωπικῆς ἡμῶν πείρας.

Κατωτέρω ἀναφέρομεν ἕν νέον ἰωδιοῦχον παρασκεύασμα, τὸ *Protisilène*, ἀναλόγου χημικῆς συστάσεως μὲ τὴν τετραῖωδοφαινολφθαλεῖνην, τὸ ὁποῖον ὅμως δὲν ἔχομεν χρησιμοποιήσει. Ἡ περιεκτικότης του εἰς ἰώδιον εἶναι 55%. Λαμβανόμενον ἀπὸ τοῦ στόματος διέρχεται τὸν στόμαχον χωρὶς νὰ ὑποστῇ ἀλλοιώσιν τινα καὶ οὕτω δρᾶ ἄπ' εὐθείας ἐπὶ τῶν παρασίτων τῶν εὐρισκομένων ἐντὸς τοῦ ἐντερικοῦ ἀύλου ἢ τῶν κρυπτομένων μεταξὺ τῶν πτυχῶν τοῦ ἐντερικοῦ βλεννογόνου. Ἐν συνεχείᾳ μεγάλη ποσότης τοῦ φαρμάκου τούτου ἀπορροφᾶται ὑπὸ τοῦ ἐντερικοῦ βλεννογόνου, τὸν ὁποῖον οὕτως ἐμποτίζει. Προσβάλλονται τοιοῦτοτρόπως καὶ τὰ ἐντὸς τοῦ τοιχώματος τοῦ ἐντέρου εὐρισκόμενα παράσιτα. Μετὰ ταῦτα, διὰ τῆς πυλαίας φθᾶ-

νει εις τό ήπαρ καί διά της χολής ή μεγαλύτερα ποσότης άπεκκρίνεται έντός της χοληδόχου κύστεως, ήτις τό άποβάλλει έκ νέου έντός τοῦ έντέρου. Η άπέκκρισις τοῦ Protisthene εἶναι βραδεία, άνευρίσκεται δέ έντός τῶν κοπράνων δέκα ήμέρας μετά τήν λήψιν του. Ὡς άκολουθοῦν τήν αὐτήν πορείαν ήν καί ή άμοιβάς, εύρίσκεται συνεχῶς εις έπαφήν μετ' αὐτῆς έντός τοῦ έντέρου, έντός τοῦ ήπατος. Ὡς όλική δόσις χορηγοῦνται 12 γραμ., λαμβανόμενα εις τρεῖς δόσεις τῶν 4 γραμ. έκάστην άνά 12ῶρον, κατά τά γεύματα, μέ σύγχρονον λήψιν ένός σπασμολυτικοῦ.

Τῶν διαφόρων αὐτῶν φαρμάκων έπεχειρήθησαν ποικίλοι συνδυασμοί. Οὕτως έν Ἄγγλιζ χρησιμοποιοῦν τό E.B.I., όπερ περιέχει έμετινὴν 25% καί βισμούθιον 18%.

Περίληπτικῶς ή θεραπευτικὴ άγωγή θά εἶναι ή άκόλουθος:

α) Terramycin: 6 κάψουλες κατά 24ῶρον επί 10 ήμέρας.

β) Carbarson: 3 δισκία ήμερησίως επί 7 ήμέρας. Ἡ

Bemarsal: 4 δισκία ήμερησίως επί 10 ήμέρας.

γ) Diréxiole: 10 δισκία ήμερησίως τὰς πρώτας 10 ήμέρας, έξ δέ δισκία ήμερησίως τὰς έπομένας 10 ήμέρας.

δ) Sous-nitr. de bismuth: 12 γραμ. τό πρωτῆ νηστις, επί 20 ήμέρας.

ε) Μετά δεκαήμερον έπανάληψις της αὐτῆς δόσεως βισμούθιου επί άλλας 20 ήμέρας.

Ἡ θεραπεία δμως δέον νά συνεχισθῆ, οὕτως ὥστε νά έξασφαλίσωμεν τὰ έπιτευχθέντα εὐνοϊκά άποτελέσματα. Πρὸς τοῦτο:

— Ἐνα μήνα μετά τήν δευτέραν δόσιν βισμούθιου θά έπαναλάβωμεν ὡς έξῆς:

α) Terramycin — 1 γραμ. ήμερησίως επί 7 ήμέρας.

β) Carbarson: 2 δισκία επί 7 ήμέρας, ή Bemarsal: 3 δισκία επί 7 ήμέρας.

γ) Diréxiole: 6 δισκία ήμερησίως επί 15 ήμέρας.

δ) Βισμούθιον: 12 γραμ. ήμερησίως επί 20 ήμέρας.

Διακοπή 10 ήμερῶν καί έπανάληψις βισμούθιου επί 20 εἰσέτι ήμέρας.

Μετά έξάμηνον έπαναλαμβάνομεν, κατά τήν αὐτήν σειράν, πλὴν της τερραμυκίνης. Μετά τήν δευτέραν δμως σειράν, θά προβῶμεν εις έξετάσεις κοπράνων καί όρθοσκοπικόν έλεγχον.

Ἐάν πάντα ταῦτα εἶναι άρνητικά, τότε θά έπαναλάβωμεν τήν τρίτην σειράν μετά έξάμηνον. Ἐάν δμως—παρά τήν κλινικὴν ίσασιν—έμφανισθοῦν εις τὰ κόπρανα παράσιτα—διαπιστωθέντα ὑπό πειραμένου παρασιτολόγου—ή έάν ή όρθοσκόπησις δέν έπιβεβαιῶσῆ

τὴν κλινικὴν ἴασιν, τότε θὰ πρέπει νὰ συνεχισθῆ ἡ θεραπεία, ἄνευ τῆς ἑξαμήνου διακοπῆς.

Πρὸς πληρεστέραν εἰσέτι ἑξασφάλισιν προβαίνομεν, μετὰ ἔν εισέ-
τι ἑξάμηνον, εἰς μίαν τετάρτην σειρὰν, ὡς περιεγράψαμεν ἀνωτέρω.

Δέον ὁμῶς νὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν, ὅτι πολλάκις οἱ ἄρρωστοι, οἱ προσβληθέντες ὑπὸ ἀμοιβάδων, ἂν καὶ ἔχουν πλέον ἀπαλλαγὴ τοῦ παρασίτου τούτου, παρουσιάζουν μολαταῦτα ἐνοχλήματα ὀφειλόμενα εἰς μίαν «μετα - ἀμοιβαδικήν» καὶ μὴ εἰδικὴν κολίτιδα.

Οὕτως οἱ μὲν παραπονοῦνται δι' ἐπίμονον δυσκοιλίότητα 4 — 5 ἡμερῶν, μὲ ἀποβολὴν ἐνίοτε βλεννῶν καὶ ἐλαφρὰν ὑπερτροφίαν τοῦ ἥπατος.

Ἄλλοι, τοῦναντίον, ἐμφανίζουν 2-3 πολτώδεις κενώσεις ἡμερησίως, τῶν ὁποίων προηγούνται ἢ ἔπονται ἀβληχροὶ πόνοι κατὰ μῆκος τοῦ παχέος ἐντέρου.

Μία τρίτη κατηγορία ἀρρώστων ἐμφανίζει ἐναλλασσομένας περιόδους διαρροίας καὶ δυσκοιλιότητος.

Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς ἡ ἐξέτασις τῶν κοπράνων εἶναι ἀρνητικὴ, μόνον δὲ ἡ ὀρθοσκόπησις ἀποκαλύπτει ἐνίοτε μικροσκοπικὰς ἐξεγκώσεις καὶ ὑπεραιμίαν τοῦ βλεννογόνου.

Ὅλοι αὐτοὶ οἱ ἄρρωστοι πάσχουν ἐπὶ πλέον ἐκ διαταραχῶν τοῦ νευροφυτικοῦ συστήματος, ἐξ ὑπερσθενικῆς δυσπεψίας, ταχυπαλμιῶν, ἀϋπνιῶν, ἀγχώδους καταστάσεως κ.λ.π.

Ἡ πλέον ἐνδεικνυομένη θεραπεία διὰ τὴν μετα - ἀμοιβαδικὴν κολίτιδα εἶναι ἡ κατὰ εἰκοσάημερα χορήγησις βισμούθιου ἐπὶ ἐν τρίμηνον συνεχῶς. Χορηγοῦμεν συγχρόνως διάφορα ἀντισπασμωδικὰ, βαρβιτουρικά, γλυκονικὸν ἀσβέστιον μετὰ βιταμίνης C ἐνδοφλεβίως κ.ο.κ.

ΕΠΙΠΛΟΚΑΙ ΤΗΣ ΑΜΟΙΒΑΔΩΣΕΩΣ

1.—Ἡ ἀμοιβαδικὴ ἥπατιτις.

Γνωστὴ ἀπὸ τῆς ἐποχῆς τοῦ Ἰπποκράτους καὶ τοῦ Γαληνοῦ, ἐλησμονήθη, ἵνα μνημονευθῆ ἐκ νέου ὑπὸ τοῦ Ambroise Paré, τὸν 16ον αἰῶνα. Μεταγενεστέρως ἡ μελέτη τῆς νόσου ταύτης συνεπληρῶθη χάρις κυρίως εἰς τοὺς ἰατροὺς τῶν Ἀποικιῶν, μετὰ τῶν ὁποίων προέχει ὁ Ἄγγλος L. Rogers. Οὗτος ἀπέδειξε τὰς αἰτιολογικὰς σχέσεις δυσεντερίας καὶ ἥπατικοῦ ἀποστήματος, ὑποδείξας συγχρόνως καὶ τὴν εἰδικὴν θεραπείαν τούτου διὰ τῆς ἐμετίνης. Ἐν συνεχείᾳ οἱ διάφοροι πόλεμοι, αἱ μετακινήσεις στρατευμάτων καὶ πληθυσμῶν, κ.λ.π., ἐπολλαπλασίασαν τὰς περιπτώσεις, ἐπέτρεψαν

τὴν πληρεστέραν μελέτην ταύτης καὶ ἀπέδειξαν, ὅτι ἡ ἀμοιβάδωσις δὲν εἶναι «ἀποικιακὴ νόσος», ἀλλὰ παρατηρεῖται πανταχοῦ ὡς καὶ ἅπασαι αἱ ἐπιπλοκαὶ τῆς.

Αἰτιολογία. Ἡ συχνότης τῆς νόσου ἐν Εὐρώπῃ δὲν εἶναι φυσικὰ οἷα λ.χ. ἐν Ἰνδία. Φαίνεται δὲ ὅτι τοῦτο ἐξαρτᾶται μάλ· λον ἐκ τῆς τοξικότητος τοῦ παρασίτου.

Διὰ τὴν δημιουργίαν ἡπατίτιδος καὶ ἐν συνεχείᾳ ἀμοιβαδικοῦ ἀποστήματος, ἡ μορφή τῆς δυσεντερίας δὲν φαίνεται νὰ ἔχη ἀπόλυτον σημασίαν, ἐφ' ὅσον ἡ ἡπατίτις κάθε ἄλλο παρά ἀνάλογος εἶναι τῆς βαρύτητος τῆς προηγηθείσης ἐντερικῆς ἀμοιβαδικῆς προσβολῆς. Τούναντίον, αἱ πλέον ἡπίαι, αἱ λανθάνουσαι ἀμοιβαδῶσεις εἶναι ἐκεῖναι αἰτινες ἐπιπλέκονται ὑπὸ ἡπατίτιδος καὶ ἀποστημάτων. Πολύ συχνά τὸ πρῶτον ἐπεισόδιον—ἡ ἐντερικὴ προσβολή—δὲν γίνεται ἀντιληπτόν, ἰδίως ὡσάκις ὑπάρχει ἐκλεκτικὴ ἐντόπισις εἰς τὸ δεξιὸν κόλον. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς τὸ ἀπόστημα, κλινικῶς τούλαχ· στον, ἐκδηλοῦται ὡς πρωτοπαθές. Θὰ πρέπη ν' ἀνατρέξη τις εἰς λίαν ἀπομεμακρυσμένον παρελθόν, ἐνίοτε πρὸ εικοσαετίας, ἵνα ἀνεύρη τὴν πρώτην, τὴν μοναδικήν, ἡπίαν καὶ εἰς οὔδεμίαν, συνήθως, ὑποβληθεῖσαν θεραπείαν ἢ ἀκόμη καὶ ὀξεῖαν ἐντερικὴν προσβολήν. Δυνατὸν ὅμως ἡ ἡπατίτις καὶ τὸ ἀπόστημα νὰ ἐκδηλωθοῦν ἀπὸ τῆς πρώτης ὀξείας προσβολῆς, ὁπότε μεταβάλλεται ἡ κλινικὴ εἰκὼν τῆς ἀμοιβαδῶσεως.

Ἡ ἀμοιβαδικὴ ἡπατίτις ἀπαντᾷ εἰς ὅλας τὰς φυλάς, εἰς ὅλας τὰς ἡλικίας, ἰδίως μεταξὺ τοῦ 20οῦ καὶ 50οῦ ἔτους, κάπως δὲ συχνότερον εἰς τοὺς ἄνδρας. Τὴν ἐκδήλωσιν τῆς εὐνοοῦν διάφορα αἰτία, ὡς διαιτητικαὶ παρεκκλίσεις, ὑποσιτισμός, στερήσεις, μεγάλα κοπῶσεις, τὸ ψυχοσ, ἢ κατὰχρησις οἰνοπνευματωδῶν ποτῶν, ἢ ἐλονοσία κ.λ.π.

Ἐπομένως κάθε αἷτιον προσβάλλον τὸ ἡπατικὸν κύτταρον ἢ συντελοῦν εἰς τὴν μείωσιν τῆς φυσιολογικῆς ἀντιστάσεως τοῦ ὀργανισμοῦ συμβάλλει εἰς τὴν ἐκδήλωσιν τῆς ἡπατικῆς ἐπιπλοκῆς.

Ἡ συχνότης ποικίλλει ὄχι μόνον ἀπὸ χώρας εἰς χώραν, ἀλλὰ καὶ ἀπὸ ἐποχῆς εἰς ἐποχήν, ἰδίως εἰς τὰ τροπικὰ κλίματα, μέχρι καὶ 85%. Σήμερον, βάσει τῶν περισσοτέρων στατιστικῶν, δυνάμεθα νὰ εἴπωμεν, ὅτι ἡ συχνότης τῶν ἡπατιτίδων, αἰτινες ἐπιπλέκουσιν τὴν ἐντερικὴν ἀμοιβάδωσιν, κυμαίνεται περὶ τὸ 5%.

Διὰ τὴν δημιουργίαν τῆς ἡπατίτιδος συζητεῖται εἰσέτι, ἀπὸ αἰτιολογικῆς ἀπόψεως, ἐάν καὶ κατὰ πόσον εὐθύνεται καὶ ἡ συνοδὸς μικροβιακὴ χλωρίς. Ἡ ἀποψις αὕτη ὑπεστηρίχθη, κυρίως, κατόπιν τῶν ἐργασιῶν τοῦ Deschiens, ὅστις, ὡς εἶδομεν ἀνωτέρω (σ. 187 κ. ἑ.)

παρά τὸ ἰνώδες τοίχωμα τὸ δημιουργούμενον εἰς τὰ μεγάλα ἀποστήματα, καὶ ἀνευρίσκεται κατόπιν ἀποξέσεως τῆς μοίρας ταύτης. Ἀνευρίσκεται ἐπίσης ὀλίγας ἡμέρας μετὰ τὴν διάνοξιν ἢ τὴν παρακέντησιν τοῦ ἀποστήματος διότι πιθανῶς ἀκολουθεῖ τὴν οὕτω δημιουργηθεῖσαν ὁδόν. Τὸ περιεχόμενον τοῦ ἀποστήματος ἀποδεικνύεται στείρον μικροβίων κατόπιν καλλιέργειας εἰς τὰ 85% τῶν περιπτώσεων. Ὡς ἐκ τούτου παραδέχονται, ὅτι πᾶν ἥπατικὸν ἀπόστημα στείρον μικροβίων εἶναι ἀμοιβαδικῆς αἰτιολογίας, ἀκόμη καὶ ὅταν τὸ παράσιτον τοῦτο δὲν ἀνευρίσκεται ἐντὸς τοῦ πύου ἢ ἐντὸς τοῦ τοιχώματος.

Ἡ δευτεροπαθῆς ὁμῶς ἐπιμόλυνσις εἶναι δυνατὴ καὶ δὲν ὀφείλεται, ὡς ὑπεστηρίζετο παλαιότερον, εἰς τὴν ὑπὸ τῆς ἀμοιβάδος μεταφορὰν μικροβίων, ἅτινα ἀπέβαλεν αὕτη ἐντὸς τοῦ ἥπατος καὶ ἐδημιουργήθη οὕτω τὸ ἀπόστημα. Ἡ ἀμοιβάς προκαλεῖ νέκρωσιν τοῦ παρεγχύματος ἄνευ μικροβιακῆς συμμετοχῆς. Ἡ συνύπαρξις τούτων ὀφείλεται εἰς ἐπιμόλυνσιν. Ὄταν δημιουργηθῇ ἡ ἐνδοηπατικὴ πυώδης συλλογή, θὰ ὑποστῇ τὸς κανόνας τῆς γενικῆς παθολογίας, τῆς μολύνσεως ἐξ ἐπαφῆς. Τὰ αὐτὰ αἰτία τὰ προκαλοῦντα τὴν βιαιώνισιν μιᾶς ὕδατιδος κύστεως τοῦ ἥπατος (ρῆξις τριχοειδῶν χοληφόρων ἀγγείων, γενικὴ λοίμωξις, κολοβακτηριδίον), ἐπιτρέπουν τὴν ἐντὸς τοῦ ἀμοιβαδικοῦ ἀποστήματος μικροβιακὴν εἰσβολὴν, ὅπερ μετατρέπεται πλέον εἰς μικροβιακὸν ἀπόστημα. Τὰ κυριώτερα μικρόβια μιᾶς τοιαύτης ἐπιμόλυνσεως εἶναι ὁ σταφυλόκοκκος, ὁ στρεπτόκοκκος, ὁ συνδυασμὸς τῶν ἀποστημάτων δὲν ὑπερβαίνει τὸ 15%. Εἰς ὅλας δὲ αὐτάς τὰς περιπτώσεις ἡ θεραπεία θὰ εἶναι μικτὴ (ἐμετινὴ+βιοθεραπευτικὰ).

Τὸ τοίχωμα τοῦ ἀποστήματος δὲν διακρίνεται κατὰ τὸ ἀρχικὸν στάδιον. Συστηματοποιεῖται ὀλίγον κατ' ὀλίγον καὶ δημιουργεῖται τελικῶς τὸ πεπαχυσμένον καὶ ἰνώδες τοιοῦτον, τὸ ὑπὸ τοῦ Rogers περιγραφέν. Ὁ σχηματισμὸς του, κατὰ τὸν Craig, ὀφείλεται εἰς τὸ ὅτι ὁ συνδετικὸς ἴστος τοῦ ἥπατος ἀνθίσταται εἰς τὴν κυτταρολυτικὴν ἐπίδρασιν τῆς ἀμοιβάδος, ἢ εἰσβολῇ τῆς ὁποίας προκαλεῖ καὶ ἐνισχύει τὸν σχηματισμὸν ἰνώδους ἴστου. Τὸ ἰνώδες τοῦτο τοίχωμα προστατεύει τὸ ὑπόλοιπον ἥπατικὸν παρέγχυμα.

Εἰς ἀποστήματα μετρίου μεγέθους ἢ ἔσω ἐπιφάνεια τοῦ τοιχώματος ἐμφανίζεται, κατὰ τὴν διάνοξιν, ἀνώμαλος, διερρηγμένη καὶ περιλαμβανούσα ἥπατικὸν ἴσθον ἐν νεκρώσει, ἐρυθρὰ αἰμοσφαίρια, ἱστιοκύτταρα, ἐλάχιστα πολυμορφοπύρρηνα καὶ μίαν ἐνδιάμεσον ζώνην ὅπου, παρά τὸ ἰνώδες τοίχωμα, δυνατόν ν' ἀνευρεθοῦν ἀμοιβάδες. Εἰς τὰ παλαιότερα ἀποστήματα παρατηρεῖται καὶ τὸ πεπαχυσμένον ἰνώδες τοίχωμα. Εἰς τὸ στάδιον αὐτὸ δὲν ἀνευρίσκονται ἀμοιβάδες, ὁ ἰνώδης ἴστος πληροῖ τὴν κοιλότητα καὶ δημιουργοῦνται οὕτω συνθήκαι εὐνοοῦσαι τὴν αὐτόματον ἢ κατόπιν ἐμετινοθεραπείας ἴασιν. Ἐς σημειωθῇ ὅτι καὶ αὕτη ἡ ἀποτιτάνωσις εἶναι δυνατὴ. Ὁ Manson - Baehr ἀναφέρει δύο περιπτώσεις καρκίνου ἀναπτυχθέντος ἐπὶ ἥπατικὸν ἀπόστηματος.

β) Τὸ δὶ π λ ὸ ἢ τ ρ ι π λ ᾶ ἀποστήματα ἱστολογικῶς οὐδόλως διαφέρουν τοῦ μονήρους. Ἐχουν καὶ ταῦτα τὸ ἰνώδες τοίχωμα, ὅπερ τὰ ἀπομονώνει τοῦ ὕγιου ἥπατικοῦ παρεγχύματος καὶ συχνάκις διαχωρίζει τὸ ἐντὸς τοῦ ἄλλου. Ὄφειλονται συνήθως εἰς πλέον ἐκτεταμέναν βλάβαν τοῦ ἐντέρου καὶ εἴτε εἶναι σύγχρονα εἴτε προέρχονται ἐξ ἀλληλοδιαδόχων ἀμοιβαδικῶν ἐμβολῶν.

γ) Τὰ π ο λ λ α π λ ᾶ ἀποστήματα χαρακτηρίζονται ἀπὸ τὸν σαφῆ διαχωρισμὸν τῶν ὑπὸ ἰνώδους κάψης καὶ ἀπὸ τὴν διάχυτον νεκρωτικὴν ἐπεξεργασίαν. Ταῦτα ὀφείλονται συνήθως εἰς λίαν ὀξείας ἐντερικὰς ἀμοιβαδώσεις, προκαλοῦν δὲ πάντοτε τὸν θάνατον. Πέριξ τῆς ἀνωμάλου κοιλότητος τούτων οἱ ἱστοὶ διηθοῦνται ὑπὸ πύου, πολλαπλᾶ δὲ μικρὰ ἀποστήματα περιβάλλουν τὴν κεντρικὴν πυώδη συλλογὴν. Ἡ πυώδης αὕτη ἐπεξεργασία ἐπεκτείνεται κατὰ μῆκος τῶν φλεβῶν, ὅπου καὶ δημιουργοῦνται θρομβώσεις καὶ τοιχωματικαὶ ἀλλοιώσεις. Συχνὰ αἱ νεκρώσεις αὗται ἐπιμολύνονται ὑπὸ πυογόνων μικροοργανισμῶν.

Ἐπιπέδιαι καὶ χροῖαι μορφαί. Τὸ χροῖον ἀμοιβαδικὸν ἀπόστημα ἐμφανίζεται ὑπὸ τὰς δύο ταύτας μορφάς. Κατὰ τὴν πρώτην ἀνευρίσκεται εἰς τὸ κέντρον τῆς πεπαχυσμένης καὶ σκληρᾶς κάψης πύον εἴτε κιτρινωπὸν, παχύρρευστον, πλούσιον εἰς κρυστάλλους λιπαρῶν ὀξέων, ἄνευ ἀμοιβάδων ἢ μικροβίων, εἴτε μίαν τυρώδη μάζαν. Πρόκειται περὶ ἀποστήματος ἐξελισσομένου πρὸς τὴν ἴσιν.

Ἡ δευτέρα μορφή, σπανία σήμερον λόγῳ τῶν θεραπευτικῶν μέσων, εἶναι μετεγχειρητικὸν ἀποτέλεσμα κατόπιν διανοίξεως τοῦ ἀποστήματος. Ἡ οὕτω διανοιχθεῖσα κοιλότης πληροῦται ἐκ νέου καὶ ὡς ἐκ τούτου ὑποχρεοῖ εἰς συνεχεῖς καὶ ἐπὶ ἔτη ἐπανειλημμένας κενώσεις.

Ἐχει ἐπίσης περιγραφῆ ἡ ὑπερτροφικὴ ὀζώδης ἡπατιτίτις (Achar'd καὶ Foix), χαρακτηριζομένη ἀπὸ ὑπερτροφίαν τοῦ ἡπατος μὲ ἰνώδη ὀζίδια ἢ λευκάζοντα φυμάτια ἢ ὀζίδια χρώματος βαθέος καὶ συστάσεως πλεον σκληρᾶς τῆς τοῦ παρεγχύματος. Παρὰ τὰς οὐλὰς τῶν παλαιῶν αὐτῶν ἀποστημάτων παρατηροῦνται χροῖα μικρὰ ἀποστήματα ἐν μέσῳ σημαντικῆς ἐγκυστώσεως, πέριξ δὲ τούτων ὑπάρχει ἐντετοπισμένη ἢ διάχυτος κίρρωτικὴ ἐπεξεργασία. Πολλὰ ἡπατικά κύτταρα ἐμφανίζουν ὑαλώδη ἢ λιπώδη ἐκφύλισιν.

Ἡ ὑπαρξὶς ἀμοιβαδικῆς κίρρωσεως δὲν δύναται νὰ ἐπιβεβαιωθῆ. Ἱστολογικῶς ἀμφισβητεῖται, αἱ δὲ κατὰ τὴν ἴσιν παρατηρούμεναι ἀλλοιώσεις συνίστανται εἰς τὴν ὑπαρξιν συνδετικοῦ ἱστοῦ ἀντικαταστάσεως, διασπάρτου εἰς ὅλον τὸ ἥπαρ, ἄνευ ἰδιαιτέρας κλινικῆς σημασίας, αἵτινες ἀλλοιώσεις ὁμοιάζουν πρὸς τὰς οὐλὰς, αἱ ὁποῖαι ἐπονται μιᾶς λοιμώδους ἡπατίτιδος. Αἱ ἡπατικά δοκιμασίαι εἶναι, ἐξ ἄλλου, ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ἀρνητικά. Ἐνίοτε παρατηρεῖται ἐλαφρὰ αὐξησις τῆς ἀλκαλικῆς φωσφατάσης. Ὁ ἥκτερος ἐπίσης εἶναι σπάνιος εἰς τὰς ἡπατίτιδας ταύτας. Αἱ περιγραφεῖσαι ὡς ἀμοιβαδικαὶ κίρρωσεις εἶναι εἴτε ἀλλεργικῆς φύσεως εἴτε ὀφείλονται εἰς στερητικούς παράγοντας. Τὸ μόνον δυνάμενον νὰ λεχθῆ

είναι, ότι υπάρχει, πέραν τῶν ἀμοιβαδικῶν ἀλλοιώσεων, καὶ μία «συνοδὸς ἡπατίτις».

Περιληπτικῶς ἐπομένως δυνάμεθα νὰ εἰπώμεν :

—Τὸ ἡπατικὸν παρέγχυμα προσβάλλεται διὰ τῆς πυλαίας.

—Ἄναλόγως τῶν ἀμυντικῶν ἱκανοτήτων του, ἡ ἡπατίτις δὲν ἐξελισσεται, ἐγκαταλείπει δὲ μόνον περιπυλαίαν σκλήρυνσιν.

—Ὅταν ἐπικρατήσῃ ἡ μόλυνσις, δημιουργεῖται θρόμβωσις τῶν μεσολοβίων φλεβῶν καὶ ἐν συνεχείᾳ ἔμφραξις.

—Ἡ ἀμοιβὰς, διὰ κυτταρολύσεως, δημιουργεῖ κατὰ τὸ ἀρχικὸν στάδιον τὸ πρωτοπαθὲς κοκκίωμα τοῦ Gall.

—Ἡ μικροβιακὴ χλωρίς δὲν συμμετέχει εἰς τὸν σχηματισμὸν τοῦ ἀμοιβαδικοῦ ἀποστήματος.

—Τὸ μὴ ἄποστημα, τὸ καὶ πλέον συχνόν, ἐδράζεται κυρίως ἐπὶ τοῦ δεξιοῦ λοβοῦ τοῦ ἥπατος, τὸ δὲ σοκολατόχρουν περιεχόμενον του εἶναι στεῖρον μικροβίων.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΩΝ

1. Ὁξεία ἀμοιβαδικὴ ἡπατίτις. Ὁρισμένα κλινικὰ σημεῖα δεόν νὰ στρέψουν τὴν προσοχὴν μας πρὸς τὸ ἥπαρ, εἴτε ταῦτα ἐμφανίζονται κατὰ τὴν διαδρομὴν μιᾶς ὀξείας ἀμοιβαδικῆς δυσεντερίας εἴτε ἀπουσίᾳ κάθε ἐντερικῆς ἐκδήλωσεως.

Δυνατὸν νὰ συλλάβῃ τις τὴν κλινικὴν ἐκδήλωσιν τῶν ἀλληλοδιαδόχων παθολογο-ανατομικῶν σταδίων—συμφορήσις, ἐμπύησις, χρόνιον ἀπόστημα—χάρις εἰς ὠρισμένα πρόδρομα συμπτώματα.

Οὕτω, τῆς συμφορητικῆς ἡπατίτιδος προηγεῖται βραχεῖα περίοδος διαρροϊκῶν φαινομένων, ἄλλοτε μὲν διάρροια κοινὴ, συνιστάμενη εἰς πολτώδεις καὶ ἀφρώδεις κενώσεις, ἄλλοτε δὲ πολλαὶ τὸν ἀριθμὸν ὕδαρεῖς κενώσεις ἢ καὶ γνησίᾳ δυσεντερία μετὰ βλέννης καὶ αἵματος. Συγχρόνως παρατηρεῖται προοδευτικὴ προσβολὴ τῆς γενικῆς καταστάσεως, αἴσθημα κακουχίας, δυσπεπτικά φαινόμενα καὶ ἀνύψωσις τῆς θερμοκρασίας.

Τὰ πλέον ὅμως χαρακτηριστικὰ σημεῖα, τὰ ὁποῖα ὑποχρεοῦν τὸν ἄρρωστον νὰ προσέλθῃ πρὸς ἐξέτασιν, εἶναι ὁ πυρετὸς καὶ ὁ ἰπὸ νοί.

α) Πυρετὸς. Ἀπότομος ἀνύψωσις τῆς θερμοκρασίας εἰς 39°—40° ἢ ἐνίοτε προοδευτικὴ τοιαύτη. Εἰς τὴν τελευταίαν περίπτωσιν ὁ πυρετὸς ἀνέρχεται καὶ κυμαίνεται σταθερῶς μεταξὺ 38° 5—39° 5. Ὁ πυρετὸς οὗτος οὐδέποτε ἀπουσιάζει, εἶναι χαρακτηριστικὸς διὰ τὴν ἀμοιβαδικὴν ἡπατίτιδα καὶ διαχωρίζει αὐτὴν ἀπὸ τὴν

ἄνευ ἐπιπλοκῶν ἐντερικὴν ἀμοιβάδωσιν, ἥτις ἐξελίσσεται ἀπυρέτως.

β) Πόνοι. Ἐν συνδυασμῷ μετὰ τῆς ὑψηλῆς θερμοκρασίας ἀποτελοῦν ἐνίοτε τὴν μόνην κλινικὴν ἐκδήλωσιν τῆς ἥπατίτιδος.

Ἐδράζονται εἰς τὸ δεξιὸν ὑποχόνδριον, διάχυτοι, ἀντανασκλῶμενοι ὀπισθεν, πρὸς τὴν κορυφὴν τῆς ὠμοπλάτης, τὸν δεξιὸν ὄμον, ὡς ἐὰν ἡ χώρα αὕτη νὰ περισφιγγεται ἀπὸ ἀορτῆρα (τιράνταν). Πρόκειται περὶ πόνων ὑποκώφων, συνεχῶν, παροξυνομένων, ἰδίως κατὰ τὴν βάδισιν ἢ τὴν μετακίνησιν, ὅποτε προσλαμβάνουν χαρακτηριστῆρα ὀξύν, συσφιγκτικόν.

Ἄλλοτε οἱ πόνοι εἶναι πλέον ἄτυποι, ὡς ἐντοπιζόμενοι εἰς τὴν κορυφὴν τῆς ὠμοπλάτης, εἰς τὸν δεξιὸν ἢ καὶ ἀριστερόν ὄμον, τὸ ἐπιγαστριον κ.λ.π., μὲ κατιοῦσαν ἀντανάκλασιν ἢ ἄνευ οὐδεμιᾶς τοιαύτης. Ἐπίσης ποικίλλουσι εἰς ἔντασιν. Ἀπὸ λίαν ἥπιων, δυνατόν νὰ προσλάβουν καὶ ρυθμικὸν χαρακτήρα, ἐμφανιζόμενοι μετὰ τὰ γεύματα, ὡς εἰς περίπτωσιν ἔλκουσι τοῦ στομάχου.

γ) Ἐπώδυνος διόγκωσις τοῦ ἥπατος. Ἀποτελεῖ τὸ τρίτον σύμπτωμα τῆς τριάδος, τὸ ὅποιον ὀδηγεῖ ἀσφαλῶς πρὸς τὴν διάγνωσιν.

Ἡ διόγκωσις τοῦ ἥπατος εἶναι σημαντικὴ, καθολικὴ ἢ ὑπερέχουσα κατὰ τὸν ἕνα λοβόν, μὲ κάτω ὄρια 3 ἢ 4 δακτύλους κάτω τοῦ πλευρικοῦ τόξου, μὲ προσθίαν ἐπιφάνειαν λείαν. Δυνατόν νὰ παρατηρηθῇ προπέτεια, παραμορφώουσα τὴν ἐπιφάνειαν ταύτην. Ἡ ἐπίκρουσις θὰ προσδιορίσῃ τὰ ἄνω ὄρια, συχνά σαφῶς ἀνυψωμένα, ὅποτε ἡ θωρακικὴ αὕτη ἀμβλύτης δίδει ὑπονοίας διὰ μίαν ἀντίδρασιν ἕκ τοῦ ὑπεζωκότος ἢ διὰ μίαν παρεγχυματικὴν πνευμονικὴν πύκνωσιν, ἣν θέλει καθορίσει ἢ ἐν συνεχεῖα ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις.

Τὸ ἥπαρ εἶναι ἐπώδυνον. Ὁ πόνος εἶναι διάχυτος ἐφ' ὅλοκλήρου τοῦ ἥπατικοῦ παρεγχύματος, ἐκδηλούμενος σαφῶς κατὰ τὴν πίεσιν τῆς προσθίας ἐπιφανείας ἢ τοῦ ὑποχονδρίου. Ἡ ψηλάφησις ὅμως αὕτη ἀφορᾷ περιωρισμένην ζώνην τοῦ ἥπατος καὶ εἰς ἀμφιβόλους περιπτώσεις δέον ν' ἀναζητῶμεν τὸν διάχυτον πόνον:

— α) Διὰ τῆς προκλητῆς ἐπώδυνου δονήσεως (βλ. σ. 205). Εἰς περίπτωσιν ἀμοιβαδικῆς ἥπατίτιδος, ἀκόμη καὶ ὅταν ἡ ψηλάφησις ἀποβαίη ἀνώδυνος, ἡ ἐξέτασις αὕτη προκαλεῖ ἐν λίαν ἐπώδυνον, βαθύ αἶσθημα.

— β) Διὰ τῆς συμπίεσεως τοῦ δεξιοῦ ὑποχονδρίου μετὰ τῆς μίᾶς χειρὸς εὐρισκομένης ὀπισθεν παρὰ τὴν βάσιν τοῦ θώρακος καὶ τῆς ἐτέρας ἐπὶ τῆς προσθίας ἐπιφανείας.

— γ) Θὰ ἐρευνηθῇ ὡσαύτως ἡ ὑπαρξίς ἐνός ἐκλεκτικῶς ἐντετο-

εἶναι, ὅτι ὑπάρχει, πέραν τῶν ἀμοιβαδικῶν ἀλλοιώσεων, καὶ μία «συννοδὸς ἥπατίτις».

Περιληπτικῶς ἐπομένως δυνάμεθα νὰ εἰπώμεν :

—Τὸ ἥπατικὸν παρέγχυμα προσβάλλεται διὰ τῆς πυλαίας.

—Ἀναλόγως τῶν ἀμυντικῶν ἱκανοτήτων του, ἡ ἥπατίτις δὲν ἐξελλίσσεται, ἐγκαταλείπει δὲ μόνον περιπυλαίαν σκλήρυνσιν.

—Ὅταν ἐπικρατήσῃ ἡ μόλυνσις, δημιουργεῖται θρόμβωσις τῶν μεσολοβίων φλεβῶν καὶ ἐν συνεχείᾳ ἔμφραξις.

—Ἡ ἀμοιβάς, διὰ κυτταρολύσεως, δημιουργεῖ κατὰ τὸ ἀρχικόν στάδιον τὸ πρωτοπαθὲς κοκκίωμα τοῦ Grall.

—Ἡ μικροβιακὴ χλωρίς δὲν συμμετέχει εἰς τὸν σχηματισμὸν τοῦ ἀμοιβαδικοῦ ἀποστήματος.

—Τὸ μνημερὸν ἀπόστημα, τὸ καὶ πλέον συχνόν, ἐδράζεται κυρίως ἐπὶ τοῦ δεξιοῦ λοβοῦ τοῦ ἥπατος, τὸ δὲ σοκολατόχρουν περιεχόμενον του εἶναι στεῖρον μικροβίων.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΩΝ

1. Ὁξεία ἀμοιβαδικὴ ἥπατίτις. Ὁρισμένα κλινικὰ σημεῖα δεόν νὰ στρέψουν τὴν προσοχὴν μας πρὸς τὸ ἥπαρ, εἴτε ταῦτα ἐμφανίζονται κατὰ τὴν διαδρομὴν μιᾶς ὀξείας ἀμοιβαδικῆς δυσεντερίας εἴτε ἀπουσίᾳ κάθε ἐντερικῆς ἐκδηλώσεως.

Δυνατὸν νὰ συλλάβῃ τις τὴν κλινικὴν ἐκδήλωσιν τῶν ἀλληλοδιαδόχων παθολογο-ανατομικῶν σταδίων—συμφορήσις, ἐμπύησις, χρόνιον ἀπόστημα—χάρις εἰς ὠρισμένα πρόδρομα συμπτώματα.

Οὕτω, τῆς συμφορητικῆς ἥπατίτιδος προηγεῖται βραχεῖα περίοδος διαρροϊκῶν φαινομένων, ἄλλοτε μὲν διάρροια κοινὴ, συνιστάμενη εἰς πολτώδεις καὶ ἀφρώδεις κενώσεις, ἄλλοτε δὲ πολλαὶ τὸν ἀριθμὸν ὕδαρεῖς κενώσεις ἢ καὶ γνησίᾳ δυσεντερία μετὰ βλέννης καὶ αἵματος. Συγχρόνως παρατηρεῖται προοδευτικὴ προσβολὴ τῆς γενικῆς καταστάσεως, αἶσθημα κακουχίας, δυσπεπτικὰ φαινόμενα καὶ ἀνύψωσις τῆς θερμοκρασίας.

Τὰ πλέον ὁμῶς χαρακτηριστικὰ σημεῖα, τὰ ὅποια ὑποχρεοῦν τὸν ἄρρωστον νὰ προσέλθῃ πρὸς ἐξέτασιν, εἶναι ὁ πυρετὸς καὶ ὁ πόνος.

α) Πυρετὸς. Ἀπότομος ἀνύψωσις τῆς θερμοκρασίας εἰς 39°—40° ἢ ἐνίοτε προοδευτικὴ τοιαύτη. Εἰς τὴν τελευταίαν περίπτωσιν ὁ πυρετὸς ἀνέρχεται καὶ κυμαίνεται σταθερῶς μεταξὺ 38° 5—39° 5. Ὁ πυρετὸς οὗτος οὐδέποτε ἀπουσιάζει, εἶναι χαρακτηριστικὸς διὰ τὴν ἀμοιβαδικὴν ἥπατίτιδα καὶ διαχωρίζει αὐτὴν ἀπὸ τὴν

ἄνευ ἐπιπλοκῶν ἐντερικῆν ἀμοιβάδωσιν, ἥτις ἐξελλίσσεται ἀπυρέτως.

β) Πόνοι. Ἐν συνδυασμῷ μετὰ τῆς ὑψηλῆς θερμοκρασίας ἀποτελοῦν ἐνίοτε τὴν μόνην κλινικὴν ἐκδήλωσιν τῆς ἥπατίτιδος.

Ἐδράζονται εἰς τὸ δεξιὸν ὑποχόνδριον, διάχυτοι, ἀνανασκώμενοι ὀπισθεν, πρὸς τὴν κορυφὴν τῆς ὠμοπλάτης, τὸν δεξιὸν ὦμον, ὡς ἐάν ἡ χώρα αὕτη νὰ περισφίγγεται ἀπὸ ἀορτήρα (τιράνταν). Πρόκειται περὶ πόνων ὑποκώφων, συνεχῶν, παροξυνομένων, ἰδίως κατὰ τὴν βάδισιν ἢ τὴν μετακίνησιν, ὅποτε προσλαμβάνουν χαρακτηριστῆρα ὀξύν, συσφιγκτικόν.

Ἄλλοτε οἱ πόνοι εἶναι πλέον ἄτυποι, ὡς ἐντοπιζόμενοι εἰς τὴν κορυφὴν τῆς ὠμοπλάτης, εἰς τὸν δεξιὸν ἢ καὶ ἀριστερὸν ὦμον, τὸ ἐπιγάστριον κ.λ.π., μὲ κατιοῦσαν ἀνανάκλασιν ἢ ἄνευ οὐδεμιᾶς τοιαύτης. Ἐπίσης ποικίλλουσι εἰς ἔντασιν. Ἀπὸ λίαν ἡπίων, δυνατόν νὰ προσλάβουν καὶ ρυθμικὸν χαρακτήρα, ἐμφανιζόμενοι μετὰ τὰ γεύματα, ὡς εἰς περιπτώσιν ἔλκουσι τοῦ στομάχου.

γ) Ἐπώδυνος διόγκωσις τοῦ ἥπατος. Ἀποτελεῖ τὸ τρίτον σὺμπτωμα τῆς τριάδος, τὸ ὁποῖον ὀδηγεῖ ἀσφαλῶς πρὸς τὴν διάγνωσιν.

Ἡ διόγκωσις τοῦ ἥπατος εἶναι σημαντικὴ, καθολικὴ ἢ ὑπέρεχουσα κατὰ τὸν ἕνα λοβόν, μὲ κάτω ὄρια 3 ἢ 4 δακτύλους κάτω τοῦ πλευρικοῦ τόξου, μὲ προσθίαν ἐπιφάνειαν λείαν. Δυνατὸν νὰ παρατηρηθῇ προπέτεια, παραμορφώουσα τὴν ἐπιφάνειαν ταύτην. Ἡ ἐπίκρουσις θὰ προσδιορίσῃ τὰ ἄνω ὄρια, συχνὰ σαφῶς ἀνυψωμένα, ὅποτε ἡ θωρακικὴ αὕτη ἀμβλύτης δίδει ὑπονοίας διὰ μίαν ἀντίδρασιν ἐκ τοῦ ὑπεζωκότος ἢ διὰ μίαν παρεγχυματικὴν πνευμονικὴν πύκνωσιν, ἣν θέλει καθορίσει ἢ ἐν συνεχείᾳ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις.

Τὸ ἥπαρ εἶναι ἐπώδυνον. Ὁ πόνος εἶναι διάχυτος ἐφ' ὅλοκληρου τοῦ ἥπατικοῦ παρεγχύματος, ἐκδηλούμενος σαφῶς κατὰ τὴν πίεσιν τῆς προσθίας ἐπιφανείας ἢ τοῦ ὑποχονδρίου. Ἡ ψηλάφησις ὀξύως αὕτη ἀφορᾷ περιωρισμένην ζώνην τοῦ ἥπατος καὶ εἰς ἀμφιβόλους περιπτώσεις δέον ν' ἀναζητῶμεν τὸν διάχυτον πόνον:

— α) Διὰ τῆς προκλητῆς ἐπώδυνου δονήσεως (βλ. σ. 205). Εἰς περιπτώσιν ἀμοιβαδικῆς ἥπατίτιδος, ἀκόμη καὶ ὅταν ἡ ψηλάφησις ἀποβαίη ἀνώδυνος, ἡ ἐξέτασις αὕτη προκαλεῖ ἐν λίαν ἐπώδυνον, βαθύ αἶσθημα.

— β) Διὰ τῆς συμπίεσεως τοῦ δεξιοῦ ὑποχονδρίου μετὰ τῆς μιᾶς χειρὸς εὐρισκομένης ὀπισθεν παρὰ τὴν βάσιν τοῦ θώρακος καὶ τῆς ἐτέρας ἐπὶ τῆς προσθίας ἐπιφανείας.

— γ) Θὰ ἐρευνηθῇ ὡσαύτως ἡ ὑπαρξίς ἐνός ἐκλεκτικῶς ἐντετο-

πισμένου πόνου μεταξύ των μεσοπλευρίων διαστημάτων, εις τὸ ὑποχόνδριον, ὅποτε κατὰ τὴν πίεσιν ἐπέρχεται ἀνακοπή τῆς ἀναπνοῆς. Ἡ γενικὴ κατάστασις τοῦ ἀρρώστου ἔχει ἀπὸ τοῦδε ἐπιρρασθῆ.

— Τὸ πρόσωπον τοῦ ἀρρώστου ἐκφράζει τὸν πόνον, ἔχει δὲ χροιάν κιτρίνην, γαιώδη.

— Ἡ ἀπίσχανσις, ἡ ἀνορεξία, ἡ ἀδυναμία εἶναι ἐκδηλοί.

Παρουσία μιᾶς τοιαύτης κλινικῆς εἰκόνας θὰ προσπαθήσωμεν νὰ ἐξακριβώσωμεν τὴν ἀμοιβαδικὴν αἰτιολογίαν :

— Διὰ τοῦ ἀναμνηστικοῦ τοῦ ἀρρώστου : Ἐνίοτε ἡ ἔρευνα αὕτη ἀποβαίνει εὐχερῆς, ὁσάκις ἡ ἠπατίτις ἐκδηλοῦται μετὰ ἐν ἐπεισόδιον δυσεντερίας, εἴτε τοῦτο ἐπέρχεται διὰ πρῶτην φοράν εἴτε πρόκειται περὶ ὑποτροπῆς.

Ἄρκετὰ συχνὰ ὅμως ἡ ἔρευνα εἶναι δυσχερῆς. Διότι δυνατόν ἡ ἠπατίτις νὰ ἐμφανίζεται κλινικῶς ὡς πρωτοπαθῆς. Θὰ ἀναζητήσωμεν παλαιότερα ἐπεισόδια δυσεντερίας, ἐκδηλωθέντα πρὸ πολλῶν ἐτῶν, ἢ ἀκόμη καὶ φαινόμενα ἀπλῆς κολίτιδος, μὴ χαρακτηρισθέντα, τὰ ὅποια ὅμως ἀποκτοῦν ἰδιάζουσας σημασίαν, ἐάν ὁ ἀρρώστος ἔρχεται ἐκ χώρας ὅπου ἡ δυσεντερία ἐνδημεῖ ἢ ἐάν οὗτος ζῆ εἰς περιβάλλον ὅπου ἐσημειώθησαν κρούσματα ἀμοιβαδῶσεως.

— Διὰ τῆς κλινικῆς ἐξετάσεως. Θ' ἀναζητήσωμεν τὰ σημεῖα μιᾶς κολίτιδος, τὴν κατάστασιν τοῦ τυφλοῦ καὶ κατιόντος, τὸ ἐπώδυνον καὶ συνεσπασμένον σιγμοειδές.

— Διὰ τῆς ἐξετάσεως τῶν κοπράνων : Ἐξαιρετικὰ δυσχερῆς, ἀπαιτεῖ λίαν πεπειραμένον εἰδικόν. Τ' ἀποτελέσματα ὅμως εἶναι λίαν ἀσταθῆ καὶ ἀβέβαια, ὥστε νὰ ἐμπιστευθῆ κανεὶς ἀπολύτως εἰς ταῦτα.

— Διὰ τῆς ὀρθοσκοπήσεως : Ἡ διαπίστωσις τῶν τυπικῶν ἀμοιβαδικῶν ἐλκῶν ἐπιβεβαιοῖ τὴν διάγνώσιν.

— Διὰ τῶν ἄλλων ἐργαστηριακῶν ἐξετάσεων : Αἱ ἠπατικάι δοκιμασίαι δέν ἔχουν ἐπιρρασθῆ. Ἡ ἐξέτασις τοῦ αἵματος δεικνύει ἀναιμίαν μὲ αὔξησιν τῶν λευκοκυττάρων (10.000—30.000) μετὰ πολυμορφοπυρηνώσεως. Συχνὰ ὅμως ἡ ἀναιμία καὶ ἡ λευκοκυττάρωσις εἶναι μέτριαι. Ἡ καθίζησις ἐνίοτε εἶναι λίαν ἠύξημένη, 100 τὴν 1ην ὥραν.

Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις : Κατὰ τὸ στάδιον τοῦτο τὰ ἄμεσα ἀκτινολογικὰ σημεῖα τοῦ ἀποστήματος εἶναι σπά-

νια. Συνήθως θά παρατηρήσωμεν μίαν καθολικὴν αὔξησιν τῆς ἥπατικῆς σκιάς, ὅποτε τὸ ἥπαρ ἐμφανίζεται περίπου ὡς τριγωνικὸν μὲ βάσιν διαφραγματικὴν, τὴν μεγαλυτέραν πλευρὰν πρὸς τὰ ἔξω καὶ κορυφὴν, ἣτις ἐγγίζει τὴν λαγόνιον γραμμὴν. Ἄλλοτε θά παρατηρήσωμεν τὴν ἀνοδὸν καὶ ἀκίνητοποίησιν τοῦ διαφραγματικοῦ θόλου.

Εἰς ὅλας αὐτάς τὰς περιπτώσεις θ' ἀποδώσωμεν διαγνωστικὴν σημασίαν :

- Εἰς τὴν θερμοκρασίαν: 38°5 — 39° 5.
- Εἰς τὴν ἐπώδυνον δόνησιν τοῦ ἥπατος.
- Εἰς τὴν σύσπασιν τοῦ ἀριστεροῦ κόλου.
- Εἰς τὴν λευκοκυττάρωσιν.

Τὰ σημεῖα αὐτὰ ἐπιβάλλουν τὴν δοκιμαστικὴν δι' ἐμετι-
νης θεραπείαν. Ἡ ἐπερχομένη μεταβολὴ εἰς τὴν κατάστασιν τοῦ ἀρρώστου εἶναι θεαματικὴ. Ἐντὸς 2 ἢ 3 ἡμερῶν ἡ θερμοκρασία πίπτει εἰς τὰ φυσιολογικὰ ὄρια, ἡ ὄρεξις ἐπανέρχεται, ἡ γενικὴ κατάσταση βελτιοῦται, ἡ διόγκωσις τοῦ ἥπατος ὑποχωρεῖ ταχύτατα. Τὴν μορφήν ταύτην ἀποκαλοῦν «ἐκτριωτικὴν ἥπατίτιδα» κατόπιν θεραπείας.

2. Τὸ ἄμοιβαδικὸν ἀπόστημα. Ἡ ἐκ τοῦ προηγουμένου σταδίου τῆς προαποστηματικῆς ἥπατίτιδος ἐξέλξις πρὸς τὸ στάδιον τοῦτο τῆς ἀποστηματοποιήσεως, θά λάβῃ χώραν σιωπηρῶς καὶ ὁσάκις ὁ ἀρρώστος δὲν ὑποβληθῇ εἰς τὴν δέουσαν θεραπευτικὴν ἀγωγὴν.

Καὶ ἐδῶ θ' ἀναζητήσωμεν τὴν κλασσικὴν τριάδα: πυρετόν, ἥπαταλγίαν, ἥπατομεγαλίαν, σημεῖα ὑποδηλοῦντα τὸ σχηματισθὲν ἀπόστημα.

— Ἡ γενικὴ κατάσταση εἶναι λίαν προσβεβλημένη. Πρόσωπον γαῖωδες, ἰσχνόν, μὲ γλῶσσαν ξηράν, μὲ ὑπίκτερον, μὲ σημαντικὴν ἀφυδάτωσιν.

— Ὁ πυρετὸς εἶναι ὑφέσιμος, συνοδευόμενος καὶ ὑπὸ ρίγους, παραδόξως ὁμως, συχνά, συγχρόνως μὲ τὴν ἐγκατάστασιν τοῦ ἀποστήματος ἐπέρχεται καὶ ἡ ἀπυρεξία.

— Ἡ ἥπαταλγία εἶναι ἔντονος, συνεχῆς, ἐνίοτε διαξιφιστικὴ.

— Τὸ ἥπαρ εἶναι διωγκωμένον, ἀπωθεῖ τὸ ὑποχόνδριον, ὅπου παρατηροῦνται ἔναι μικραὶ ἐκχυμωτικαὶ κηλίδες. Ἡ ψηλάφησις καθίσταται δυσχερῆς λόγῳ τοῦ ἐπωδύνου ἥπατος, ὅπερ εἶναι λειῶν, ὑπόσκληρον, κατερχόμενον ὑπὸ τὸ πλευρικὸν τόξον.

Εἰς τὰ πρόσθια ἀποστήματα ἀνευρίσκομεν, διὰ τῆς ψηλαφή-

σεως, ἔν ἐπώδυνον σημεῖον, λίαν ἔντονον, πέριξ τοῦ ὁποῦ μεταβάλλεται ἡ σκληρά σύστασις τοῦ ἥπατος: τὰ τοιχώματα καὶ τὸ βάθος δίδουν τὴν ἐντύπωσιν μαλακύνσεως, ἥτις προηγείται τοῦ κλυδασμοῦ.

Εἰς τὰ ὀπίσθια καὶ πλάγια ἀποστήματα, αἱ πλευραὶ παρεμποδίζουν τὴν ἄμεσον ἐξωτερικευσιν τοῦ ἀποστήματος καὶ τὰ μεσοπλευρῖα διαστήματα διευρύνονται. Ἡ μεθοδικὴ ψηλάφησις τούτων θ' ἀποκαλύψῃ ἐντετοπισμένον καὶ ἔντονον πόνον, ὅστις προκαλεῖ ἀνακοπὴν τῆς ἀναπνοῆς.

Ἡ ἐπίκρουσις πιστοποιεῖ τὴν διόγκωσιν τοῦ ἥπατος. Ὅπισθεν ἡ ἀμβλύτης ἀνέρχεται ἐνίοτε μέχρι τῆς κορυφῆς τῆς ὠμοπλάτης. Πρέπει ὅμως νὰ ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν τὴν συχνὴν ἀντίδρασιν ἐκ τῆς δεξιᾶς βάσεως. Πράγματι, τ' ἀποστήματα, τὰ ἀναπτυσσόμενα πρὸς τὴν ἄνω ἐπιφάνειαν τοῦ ἥπατος, ἐκδηλοῦνται διὰ σαφῶν σημείων πλευροπνευμονικῆς ἀντιδράσεως, μετὰ μικρᾶς ποσότητος ἀντιδραστικοῦ ὑπεζωκοτικοῦ ὕγρου, ἐνίοτε αἱμορραγικοῦ.

Ἡ αἱματολογικὴ ἐξέτασις θὰ μᾶς δώσῃ τὸν τύπον τῆς ἐμπυήσεως.

Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις θὰ ἐπιβεβαιώσῃ τὴν διάγνωσιν: ἐνίοτε δεικνύει τὴν ὕπαρξιν μιᾶς σκιᾶς ἐντονωτέρας ἐν τῷ μέσῳ τῆς ἥπατικῆς σκιερότητος.

Κυρίως, ὅμως, εἰς τ' ἀποστήματα τῆς ἄνω ἐπιφανείας θὰ ἔχωμεν τὰ χαρακτηριστικὰ σημεῖα: ἀνύψωσις καὶ ἀκίνητοποίησις τοῦ ἡμιδιαφράγματος, ὕπερθεν τοῦ ὁποῦ παρατηρεῖται σκιερὰ ζώνη ὑπεζωκοτικῆ ἢ πνευμονικῆ. Κυρίως ὅμως θὰ παρατηρήσωμεν τὴν χαρακτηριστικὴν κωδωνόσχημον παραμόρφωσιν τοῦ διαφραγματικοῦ θόλου (*en brioche*).

Ἡ διάγνωσις τοῦ ἥπατικοῦ ἀποστήματος εἶναι βεβαία. Ὑπολείπεται ἡ διαπίστωσις τῆς αἰτιολογίας.

Θ' ἀναζητήσωμεν καὶ ἐδῶ εἰς τὸ ἀναμνηστικόν τοῦ ἀρρώστου μίαν πρόσφατον ἢ παλαιάν ἀμοιβάδωσιν, μίαν θετικὴν δι' ἀμοιβάδας ἐξέτασιν κοπράνων κ.λ.π.

Ἡ παρακέντησις, εἰς τὸ πλέον ἐπώδυνον σημεῖον καὶ ὑπὸ τὸν ἔλεγχον τῶν ἀκτίνων, θὰ ἐπιβεβαιώσῃ τὴν διάγνωσιν: πύον σοκολατόχρουν ἢ κιτρινωπὸν, στεῖρον μικροβίων.

Πολλοὶ προτιμοῦν μετὰ τὴν παρακέντησιν τὴν ἄμεσον χειρουργικὴν παροχέτευσιν.

Ἄλλοι ἀρκοῦνται εἰς τὴν δι' ἀπλῆς παρακέντησεως ἐκκένωσιν τοῦ ἀποστήματος, τὴν ὁποῖαν, ἐν ἀνάγκῃ, ἐπαναλαμβάνουν.

Εἰς ὅλας αὐτάς τὰς περιπτώσεις θὰ ἐφαρμοσθῇ καὶ ἡ ἐμετινοθεραπεία. Λαμβανομένης δὲ ὑπ' ὄψιν τῆς βεβαίας ἐν συνεχεῖα δευτεροπαθοῦς ἐπιμολύνσεως, χορηγοῦνται καὶ τὰ κατάλληλα βιοθεραπευτικά.

3. Χρόνιαι μορφαί. α) Τὸ χρόνιον ἀπόστημα. Σπάνιον σήμερον κατόπιν τῆς ἐγκαίρου ἐμετινοθεραπείας. Εἶναι συνήθως ἀποτέλεσμα ἐμπυθείσης καὶ μὴ ὑποβληθείσης εἰς θεραπείαν ἢ ἀτελῶς θεραπευθείσης ὀξείας ἥπατιτίδος.

Μετὰ τὴν ὀξείαν φάσιν τῆς δημιουργίας τοῦ ἀποστήματος, τὰ γενικὰ συμπτώματα ὑποχωροῦν, ἡ θερμοκρασία εἶναι φυσιολογική, ὁ ἄρρωστος ὁμως παρουσιάζει κόπωση, ἀδυναμίαν, ἡ ἀπίσχανσις συνεχίζεται, ἡ ἀφυδάτωσις ἐξακολουθεῖ, τὸ δέρμα εἶναι ξηρόν, ἡ ἀναιμία ἐκσεσημασμένη καὶ ἡ ὑπότασις σημαντική.

Οἱ ὀξεῖς πόνοι εἶναι σπάνιοι, οἱ ἄρρωστοι παραπονοῦνται περισσότερο διὰ δυσπεπτικά φαινόμενα, διὰ βάρος κατὰ τὸ δεξιὸν ὑποχόνδριον.

Κατὰ τὴν ἐξέτασιν ἀνευρίσκομεν σημαντικὴν διόγκωσιν τοῦ ἥπατος, ἣτις ἀντιτίθεται πρὸς τὴν ἀπίσχανσιν τοῦ θώρακος καὶ τῶν μελῶν. Οὕτω, τὸ δεξιὸν ὑποχόνδριον προβάλλει ἔμπροσθεν, ἢ τοῦναντίον ὁ ὄγκος κατέρχεται πρὸς τὰ κάτω ἐντὸς τῆς κοιλίας.

Ἄσκιτικὸν ὑγρὸν καὶ ἐπίφλεβον δὲν ὑπάρχουν.

Κατὰ τὴν ψηλάφησιν ἀνευρίσκομεν σημαντικὰς παραμορφώσεις τοῦ ἥπατος καὶ ἐν μέσῳ τούτων ζώνας πλέον μαλθακάς, περιβαλλομένας μολαταῦτα ὑπὸ διηθημένου καὶ ὑποσκληροῦ ἥπατικοῦ ἰστοῦ.

Παρουσία μιᾶς τοιαύτης γενικῆς καὶ τοπικῆς καταστάσεως, ἀναγκάζεται τις νὰ ὑποπτευθῇ τὸν καρκίνον τοῦ ἥπατος.

Ἡ παρακέντησις τοῦ ἥπατος, ἐπὶ τῆς χειρουργικῆς τραπέζης, ἐν πλήρει μαλθακῇ ζώνῃ, θὰ ἐπιτρέψῃ τὴν ἐκκένωσιν μεγάλων ποσοτήτων πύου, μέχρι καὶ 10 λίτρων. Ἡ ἐν συνεχείᾳ πλήρωσις τῶν θυλάκων αὐτῶν εἶναι βραδυτάτη, οἱ ἄρρωστοι λίαν εὐαίσθητοι εἰς δευτεροπαθεῖς μολύνσεις, ἡ καχεξία λίαν πιθανή, ὡς ἐπίσης καὶ ἡ ὑποτροπή, εἴτε ἀμιγῆς ἀμοιβαδικῆ εἴτε μικτή.

β) Αἱ χρόνιαι ἀμοιβαδικαὶ ἥπατιτίδες. Εἶναι τὸ ἀπώτερον ἀποτέλεσμα μακρᾶς ἀμοιβαδικῆς ἐξελίξεως. Ὄφειλονται εἰς ἐγκύστωσιν καὶ σκλήρυνσιν τῶν ἥπατικῶν ἀλλοιώσεων, αἵτινες ἐπικρατοῦν τῆς συμφορήσεως, νεκρώσεως καὶ διαπύσεως.

Πρόκειται περὶ ἀρρώστων παρουσιαζόντων χρόνιον δυσεντερικὸν σύνδρομον, κατὰ μακρὰ χρονικὰ διαστήματα, μὲ ἐνδιαμέσους κρίσεις χαρακτηριζομένας ὡς «ἥπατικὴν συμφορήσιν»: ἀκαθόριστα δυσπεπτικά φαινόμενα, ἀνορεξία, ἥπαρ εὐαίσθητον, μικρὰ πυρετικὴ κίνησις μετὰ ρίγους καὶ ἀδιαθεσίας.

Κατὰ τὴν ἐξέτασιν: ἥπατομεγαλία ἢ καὶ ἥπαρ φαινομενικῶς

φυσιολογικόν. Τά οὔρα περιέχουν χολοχρωστικές, ἡ ἀναιμία εἶναι σαφής. Τά κόπρανα σπανίως περιέχουν κύστεις.

Αἱ πνευμονικαὶ ἐκδηλώσεις εἶναι συχναί : ὑπαμβλύτης κατὰ τὴν δεξιάν βάσιν, τριβή.

Αἱ κρίσεις αὗται ἐπαναλαμβάνονται, ἡ αἰτιολογία των δὲν ἐξაკριβοῦται καὶ δημιουργοῦνται οὕτως ἀλλοιώσεις ἡπατικῆς σκληρύνσεως κατὰ τὸ μᾶλλον ἢ ἥττον καθολικαί, ἐνῶ ἄλλοτε ἐξ ἀφορμῆς μιᾶς ἐπιμολύνσεως, ἡ ἐξέλιξις αὕτη διακόπτεται λόγω ἐμπυθείσης ἡπατίτιδος. Καὶ εἰς τὰς μορφάς αὐτάς ἡ ἐπίδρασις τῆς ἐμετινῆς εἶναι ἀξιοσημείωτος, ἀποτελοῦσα συγχρόνως καὶ ἄριστον διαγνωστικὸν μέσον.

Ἡ ἐξέλιξις αὕτη πρὸς τὴν χρονίαν ἀμοιβαδικὴν ἡπατίτιδα περιεγράφη ὡς οὐ λωδῆς ἀνατομικῆ μορφῆ, γνωστῆ εἴτε ὡς «χρόνιον ἀμοιβαδικὸν ἀπόστημα» τῶν Bertrand καὶ Fontain εἴτε ὡς «ὄζωδης ἡπατίτις μετὰ κιρρώσεως» τῶν Achard καὶ Foix.

Ὅσον ἀφορᾷ τὸν ρόλον τῆς ἀμοιβαδώσεως εἰς τὴν δημιουργίαν ὠρισμένων κιρρώσεων, δὲν θὰ πρέπη νὰ παροραθῆ ὁ τῶν ἄλλων παραγόντων, ὅπως τοῦ ἀλκοολισμοῦ, τῆς λόγω στέρησεων ὑποπρωτεΐναιμίας κλπ.

ΚΛΙΝΙΚΑΙ ΜΟΡΦΑΙ

Εἶδομεν τὰς κυριώτερας μορφάς, ἅς ὑποδύεται ἡ ἀμοιβαδικὴ ἡπατίτις καὶ τὴν ἐξέλιξιν ταύτης πρὸς τὸ ἀπόστημα.

Κατωτέρω θ' ἀναφέρωμεν ὠρισμένας μορφάς, ἅς δύναται νὰ ὑποδυθῆ καὶ αἵτινες ἀποτρέπουν ἀπὸ τῆς πραγματικῆς αἰτιολογικῆς διαγνώσεως.

Α' Συμπτωματικαὶ μορφαί.—Λανθάνουσαι : Γενικὴ κακουχία, ἀπυρεξία ἢ μικρὰ πυρετικὴ κίνησις, με ἐλαφρὸν αἴσθημα βάρους κατὰ τὸ δεξιὸν ὑποχόνδριον. Σημεῖα ἀκαθόριστα, ὥστε νὰ μὴ λαμβάνη τις ὑπ' ὄψιν οὔτε τὴν ἐλαφρὰν καὶ σχεδὸν ἀνώδυνον διόγκωσιν τοῦ ἥπατος. Ὁ κίνδυνος, εἰς τὰς περιπτώσεις ταύτας, ἔγκειται εἰς τὴν ἐξέλιξιν πρὸς τὸ χρόνιον ἀμοιβαδικὸν ἀπόστημα ἢ πρὸς κάποιον ὀξὺ ἐπείσοδιον, ὅπως μίαν πυεμείαν.

— Ὁξεῖται μορφαί, ὑποδυόμεναι τὸν τυφοειδῆ πυρετόν : Ἀντίθετοι τῶν προηγουμένων. Τὰ γενικὰ σημεῖα ὑπενθυμίζουσι βαρὺν τύφον, ἡ δὲ ἡπατομεγαλία δυνατὸν ν' ἀποδοθῆ εἰς ἀπόστημα ἐκ πυογόνων. Αἱ ἀρνητικαί, διὰ τύφον, ἐργαστηριακαὶ ἐξετάσεις, τὸ διωγκωμένον καὶ ἐπώδυνον ἥπαρ δεόν νὰ στρέψουσι τὴν προσοχήν μας πρὸς τὴν ἀμοιβαδώσιν καὶ νὰ ἐφαρμοσθῆ ἡ ἐμετινοθεραπεία.

— Πνευμονικαί μορφαί: Τό πνευμονικόν σύνδρομον δυνατόν νά ἀποκαλύψη μίαν ἀγνοουμένην ἀμοιβαδικήν ἥπατίτιδα:

— Εἰκὼν ὀξείας πνευμονοπαθείας.

— Ὑπεζωκοτικὴ συλλογή, λίαν ὕποπτος ἐάν περιέχη ἠωσινόφιλα.

— Ἐμπύημα πνευμονικόν, ὅπερ ὑπενθυμίζει τὴν ἀμοιβάδωσιν εἰς περίπτωσιν σοκολατόχρου πυεμσίας.

— Εἰκὼν πνευμονικῆς φυματιώσεως, λόγω τῆς βλεννο—πυώδους ἀποχρέμψεως, τοῦ πυρετοῦ, τῶν ἐφιδρώσεων, τῆς ἀπισχνάνσεως.

Εἰς ὅλας αὐτάς τὰς περιπτώσεις, ἢ παρὰ τὴν δεξιάν βάσιν ἐντόπιας τῶν σημείων καὶ τ' ἀκτινολογικά σημεῖα δεόν νά στρέψουν τὴν προσοχὴν πρὸς μίαν ὑποκειμένην ἀμοιβαδικήν ἥπατίτιδα. Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις ἀποκτᾷ μείστην διαγνωστικὴν ἀξίαν, χάρις εἰς τὴν κωδωνόσχημον παραμόρφωσιν τοῦ διαφραγματικοῦ θόλου (en brioche). Ἐνίοτε παρατηρεῖται μία φυσαλλίς ἀέρος, ὑποδιαφραγματικὴ, ἐρμηνεύουσα τὴν ὑπαρξίν βρογχικοῦ συριγγίου, ὅπερ θά ἐπιβεβαιωθῇ κατόπιν ἐγχύσεως λιπιοδόλης.

Β' Τοπογραφικαί μορφαί.— Ἀπόστημα τῆς ἄνω ἐπιφανείας τοῦ ἥπατος. Δυσχεροῦς διαγνώσεως, ὡς μὴ προσιτόν διὰ τῆς κλινικῆς ἐξετάσεως. Παρουσίᾳ μιᾶς ἐμπυρέτου καταστάσεως μὲ γενικά φαινόμενα πνευμονικά, ἢ χαρακτηριστικὴ κωδωνόσχημος παραμόρφωσις τοῦ διαφράγματος, κατὰ τὴν ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν, ἀποκτᾷ ἰδιαίτουσαν διαγνωστικὴν σημασίαν. Τό ἀπόστημα τοῦτο δυνατόν νά ἐπεκταθῇ πρὸς τὸν ὑπεζωκότα, πρὸς τοὺς βρόγχους.

— Ἀπόστημα τῆς προσθίας ἐπιφανείας. Ἐκδηλοῦται ὑπὸ μορφήν κυρτῆς παραμορφώσεως τοῦ ἥπατος ὑπὸ τὸ πλευρικόν τόξον, ὅποτε καὶ ψηλαφᾶται. Ἐάν δὲν παρακεντηθῇ, δύναται νά συριγγοποιηθῇ πρὸς τὸ δέρμα.

— Ἀπόστημα τῆς κάτω ἐπιφανείας, μὲ κίνδυνον διανοίξεώς του ἐντὸς τοῦ περιτοναίου ἢ τοῦ κόλου.

— Ἀπόστημα τοῦ ἀριστεροῦ ἥπατικοῦ λοβοῦ. Χαρακτηρίζεται ἀπὸ πόνον παρὰ τὸ ἐπιγάστριον ἀντανακλώβου. Ἡ ψηλάφησις εἶναι ἀρνητικὴ, ἀκτινολογικῶς ὅμως θά παρατηρήσωμεν ἀπώθησιν τοῦ στομάχου πρὸς τ' ἀριστερά, ὅποτε ἄγεται τις πρὸς τὴν διάγνωσιν ἐνὸς ἐμπυρέτου καρκίνου. Ὁ μέγας κίνδυνος εἶναι ἡ σπανία, ἄλλωστε, διάτρησις τοῦ ἐντὸς τοῦ περικαρδίου.

— Τὰ πολλαπλᾶ ἀποστήματα, ὅπου ταῦτα δὲν

ἀποκαλύπτονται παρά μετά τὴν χειρουργικὴν παροχέτευσιν τοῦ πρώτου.

Γ' Ἐξελικτικαὶ μορφαί. Ὑπενθυμίζομεν ἀπλῶς :

- Τὸ κεραυνοβόλον ἀπόστημα τοῦ Rogers.
- Τὴν ὄξειαν ἀμοιβαδικὴν ἥπατίτιδα.
- Τὴν ὑποξειαν.
- Τὴν χρονίαν μορφήν.

Διαφορικὴ διάγνωσις. Ἡ διάγνωσις τοῦ ἀποστήματος θὰ βασισθῇ ἐπὶ τῶν τριῶν συμπτωμάτων: Πόνος, πυρετός, ἥπατομεγαλία. Ὑπάρχουν ὁμῶς αἱ ἀνώμαλοι μορφαί, αἱ ὑποδουόμεναι μίαν πλευρο-πνευμονικὴν πάθησιν.

— Λευκοκυττάρωσις μετὰ πολυμορφοπυρηνώσεως. Ἡπατικά δοκιμασίαι ἀρνητικά.

— Ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις: ἀκτινοσκόπησις καὶ ἀκτινογραφίαι πλάγιοι καὶ κατὰ μέτωπον: αὔξησις τῆς ἥπατικῆς σκιᾶς, σαφῆς ἰδίως κατόπιν διαδοχικῶν ἐξετάσεων, περιορισμὸς μέχρι καὶ ἐξαφανίσεως τῆς κινητικότητος τοῦ ἡμιδιαφράγματος, ὕπερ ἀνυψοῦται. Κωδωνοειδῆς εἰκὼν τοῦ ἡμιδιαφράγματος εἰς περίπτωσιν ἀποστήματος τῆς ἄνω ἥπατικῆς ἐπιφανείας, μετρία ὑπεζωκοτικὴ συλλογὴ μετὰ πληρώσεως τοῦ πλευροδιαφραγματικοῦ χώρου. Οὕτως ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις χρησιμεύει κυρίως εἰς τὸν διαχωρισμὸν τῆς ὑποδιαφραγματικῆς συλλογῆς ἀπὸ μιᾶς ὑπερδιαφραγματικῆς τοιαύτης.

— Ἡ παρακέντησις, ὑπὸ τὰς ἀκτῖνας, ἐξέτασις τοῦ πύου.

Ἡ διαφορικὴ διάγνωσις θὰ συζητηθῇ :

α) Παρουσία μιᾶς ἥπατομεγαλίας :

— Καρκίνος τοῦ ἥπατος. Πρωτοπαθῆς, ἐμπύρετος καὶ ἐπώδυνος, ἢ ἔνιοι δευτεροπαθεῖς μετ' ἐπώδυνον εἰσβολὴν καὶ ἥπαρ ὑβώδες.

Τὸ χαρακτηριστικώτερον σύμπτωμα, τὸ συνηγοροῦν ὑπὲρ τοῦ ἀποστήματος, εἶναι ὁ κατὰ τὴν πλείσιν ἐκλεκτικὸς καὶ ἐντετοπισμένος εἰς τι σημεῖον πόνος.

— Αἱ ἐμπύρετοι ὑπερτροφικαὶ κίρρῳσεις.

— Τὸ καρδιακὸν ἥπαρ.

— Ἡ κύστις ἐχίνοκόκκων, ἰδίως ἡ ἐπιμολυνθεῖσα, κατὰ τὴν ὁποῖαν ὁμῶς ἐνίοτε ἢ κατὰ Casoni ἐνδοδερμοαντίδρασις ἀρνητικοποιεῖται. Ἀντίδρασις κατὰ Weinberg. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς ἀντενδείκνυται ἢ παρακέντησις τοῦ ἥπατος, ἂν καὶ πολλακίς

ἡμεῖς παρεκεντήσαμεν τοιαύτας κύστεις ἄνευ οὐδενὸς δυσαρέστου συμβάματος.

— Ἡ σὺφιλις τοῦ ἥπατος, σπανία.

— Αἱ χρόνιαι ἀμοιβαδικαὶ μὴ ἐμπυθηθεῖσαι ἥπατίτιδες ἢ περιηπατίτιδες, εἰς τὰς ὁποίας ἢ παρακέντησις ἀποβαίνει ἀρνητική.

Ἄποστήματα τοῦ ἥπατος, μὴ ἀμοιβαδικά.

— Ἄποστήματα ἐκ σηψαιμιῶν: πνευμονικά, ἀναερόβια, ἰδίως ὁμῶς ἐκ σταφυλοκόκκων.

Ταῦτα ἢ δὲν διαγιγνώσκονται (ἤπαρ μετρίως διωγκωμένον, ἐπώδυνον, ἐν πλήρει γενικῇ σηψαιμικῇ καταστάσει) ἢ ἐκδηλοῦνται ὡς πρωτοπαθῆ (μονήρη μεγάλα ἀποστήματα): εἰσβολὴ ἀπότομος μὲ ἔντονα σημεῖα γενικῆς λοιμώξεως, μὲ ἀναιμίαν, μὲ ἐπιβραδυνομένην λευκοκυττάρωσιν καὶ μεταγενεστέραν ἐμφάνισιν τῶν τοπικῶν σημείων: προπέτεια, ἐπώδυνον ἐντετοπισμένον σημεῖον. Παρακέντησις. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς θ' ἀναζητηθῆ μία σταφυλοκοκκίασις, μία κυνάγχη.

— Ἄποστήματα χολαγγειακά: ρίγη, πυρετός, ὑπικτερος. Εἰκὼν μεγάλης ἐμπυήσεως τῶν χοληφόρων ὁδῶν, μὲ προσβολὴν τῆς γενικῆς καταστάσεως, μὲ ἥπατομεγαλίαν. Θ' ἀναζητηθῶν οἱ λίθοι τῶν χοληφόρων ὁδῶν.

— Ἄποστήματα ἐντερικῆς αἰτιολογίας, ἰδίως ἐκ τῆς σκωληκοειδίτιδος ἀποστηματοποιηθείσης, γαγγραινώδους ἢ καὶ κοινῆς τοιαύτης. Συνήθως πρόκειται περὶ ἀγνοηθείσης ἢ αὐτομάτως «ψυχθείσης», ὁπότε μετὰ δύο ἢ τρεῖς ἡμέρας ἐμφανίζεται πυρετός καὶ ρίγος, ἄνευ σημείων ἥπατικῆς ἐντοπίσεως. Συνήθως πρόκειται περὶ πολλαπλῶν ἀποστημάτων.

β) Παρουσία ἐνὸς περιτοναϊκοῦ συνδρόμου:

— Θ' ἀποκλείσωμεν μίαν ὀξεῖαν ἐμπυθηθεῖσαν χολοκυστίτιδα.

— Ἐν ὑποδιαφραγματικὸν ἀπόστημα.

— Τὸν περινεφρικὸν φλέγμονα, προσθίας ἐξελιξεως.

— Μίαν ἐπιμολυνθεῖσαν ὕδρονέφρωσιν.

γ) Παρουσία πνευμονικῶν φαινομένων δεξιᾶς βάσεως:

— Ἐν ὑπερδιαφραγματικὸν ἀπόστημα.

— Μίαν ἀντιδραστικὴν συλλογὴν τοῦ ὑπεζωκότος.

— Ἐν ἥπατο—βρογχικὸν συρίγγιον.

ΕΞΕΛΙΞΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΙΣ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΑΜΟΙΒΑΔΙΚΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΟΣ

Α' Όξεϊα, μη άποστηματοποιηθεϊσα, άμοιβαδική ήπατίτις.

Ύπό τήν επίδρασιν τής έμετινοθεραπείας, εις τās πλείστας τών περιπτώσεων, ή ύποχώρησις τών συμπτωμάτων ειναί θεαματικη.

Α Ύ θ εν τ ι κ α ί ί α σ ε ι ς. Με τās πρώτας ένέσεις έμετινης, ή δξεϊα, έμπόρετος και έπώδυνος ήπατίτις ή από εβδομάδων έξελισσομένη, ύποχωρει ταχύτατα. "Ινα όμως ειμεθα βέβαιοι διά τήν ίασιν, θ' άπαιτήσωμεν όπως αϋτη ειναί τα χ ε ι τ α, κατόπιν τών πρώτων ένέσεων, σαφής ή επίδρασις επί τοϋ πόνου, τοϋ πυρετοϋ, τής ήπατομεγαλίας, με σύγχρονον έξαφάνισιν τών αιματολογικών, ακτινολογικών και τών εκ τών κοπράνων εύρημάτων, και τέλος ίασις διαρκής, επί μήνας, συνοδευομένη και ύπό αναλόγου ίάσεως τής άμοιβαδικής κολίτιδος.

Αί άτελώς Ιαθεϊσαι ήπατίτιδες έξελισσονται :

— Εις παρατεινομένες, ύπό μορφήν ύποξεϊαν.

— Εις ύποτροπιαζούσας, όποτε πρόκειται ως επί το πλείστον περι τυφλο - ήπατιτίδων, κατά τās όποιας ή πρόγνωσις έξαρτάται εκ τοϋ μεσοδιαστήματος, μεταξύ δύο ύποτροπών, κατά το όποιον θά έπαναληφθῆ έντονωτέρα ή θεραπεία.

Ε ι ς π υ ώ δ ε ι ς σ υ λ λ ο γ ά ς. Εις περιπτώσεις όπου δέν έγένετο θεραπεία δι' έμετινης, έχουν παρατηρηθῆ αϋτόματοι έξελίξεις προς τήν λεγομένην έκτρωτικην ίασιν. Ός επί το πλείστον όμως ή ήπατίτις έξελισσεται προς τήν π υ ώ δ η σ υ λ λ ο γ ῆ ν με τήν χαρακτηριστικην κλινικην εϊκόνα.

Β' Το άμοιβαδικόν άπόστημα. Η διάγνωσις του δημιουργεί προβλήματα θεραπευτικά και ίδίως προγνωστικά.

Η πυώδης συλλογή θά έπιβεβαιωθῆ άπολύτως μόνον διά τής παρακεντήσεως, με όλους τούς κινδύνους της.

Ύπενθυμιζομεν ότι πρόκειται συνήθως περι πύου στείρου μικροβίων. Ο αριθμός τών άποστημάτων ένέχει σημασιαν, προκειμένου να προτιμηθῆ ή χειρουργικη θεραπεία λόγω τής συχνότητος τών διαχύτων έμπυήσεων, τών επικοινωνούντων άποστημάτων, ως και τών άπομεμονωμένων και έν νεκρώσει τοιούτων. Αί κατόπιν ένδοηπατικης έγχύσεως λιπιοδόλης ακτινογραφίαι θ' άποκαλύψουν το σχημα, το μέγεθος, τον αριθμόν και τήν ακριβῆ έντόπισιν τών άποστημάτων, οϋτως ώστε να οδηγηθῆ ό χειρουργός.

Αί μεταστάσεις και αι έπεκτάσεις τών άποστημάτων, έπιβαρύνουν τήν πρόγνωσιν :

Εἰς τὸ δέρμα, προκειμένου περὶ προσθίου, εἰς τὸ περικάρδιον προκειμένου περὶ ἀποστήματος τοῦ ἀριστεροῦ λοβοῦ. Αὗται εἶναι σπάνια.

Πρὸς τὸν θώρακα πλέον συχναί, δημιουργοῦν ἀποστήματα τοῦ πνεύμονος, ἡ δὲ ρήξις ἐντὸς τῆς περιτοναϊκῆς κοιλότητος ἀποτελεῖ τὴν σοβαρωτέραν ἐπιπλοκὴν, μὲ βαρεῖαν πρόγνωσιν.

Περίληπτικῶς: Εἰς ταχεῖαν, πρῶτον διάγνωσιν καὶ ἔγκαιρον θεραπείαν τῆς ἀμοιβαδικῆς ἡπατίτιδος: πρόγνωσις καλή.

— Εἰς περίπτωσιν μονήρους ἀποστήματος ἡ πρόγνωσις εἶναι πολὺ καλλιτέρα ἀπὸ ὅ,τι εἰς πολλαπλᾶ τοιαῦτα, εἰς τὰ ὅποια ὀφείλονται καὶ οἱ περισσότεροι θάνατοι.

— Ἡ δευτεροπαθὴς διὰ πυογόνου μόλυνσις ἐπιβαρύνει τὴν πρόγνωσιν, παρὰ τὴν ὕπαρξιν τῶν βιοθεραπευτικῶν.

— Ἡ πνευμονικὴ προσβολὴ δὲν ἐπιβαρύνει τὴν πρόγνωσιν, παρὰ μόνον ἐὰν δημιουργηθῇ ἐμπύημα.

— Ἡ ρήξις ἐντὸς τῆς περιτοναϊκῆς κοιλότητος ἀποβαίνει σχεδὸν πάντοτε μοιραία.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

1. Ὁξεία ἀμοιβαδικὴ ἡπατίτις. Ἡ προληπτικὴ θεραπεία συνίσταται εἰς τὴν πλήρη μακροχρόνιον θεραπείαν τῆς ἀμοιβαδικῆς κολίτιδος.

Ἄμα τῇ διαπιστώσει μιᾶς ἀμοιβαδικῆς ἡπατίτιδος, ἡ καὶ τῇ ἀπλῇ ὑπονοίᾳ, ἐν καὶ μόνον φάρμακον ἐνδείκνυται, τὰ ὑπόλοιπα θ' ἀκολουθήσουν:

Ἡ Ἐμετίνη: Chlorh. d' émétine 0 gr. 03—0 gr. 04, ὑποδορίως, δις ἡμερησίως. Συνολικὴ δόσις 0 gr. 01 κατὰ χιλιογράμμον βάρους, οὐχὶ ὅμως ἀνωτέρα τοῦ 0 gr. 80 (βλ. σ. 228).

Ἡ βελτίωσις εἶναι ταχυτάτη, ὥστε ἡ θεραπευτικὴ αὕτη χρῆσιμὴ καὶ ὡς διαγνωστικὸν μέσον. Ἐντὸς 48 ὥρων, πτώσις τοῦ πυρετοῦ, σημαντικὴ μείωσις τοῦ πόνου. Τὴν πέμπτην ἡμέραν ἡ διόγυρωσις τοῦ ἥπατος ὑποχωρεῖ. Ἡ λευκοκυττάρωσις, ἡ πολυμορφοπυρήνωσις, ἡ καθίζησις ἐπανέρχονται εἰς τὰ φυσιολογικά ὄρια.

Ἡ πλήρης ἴασις ἐπέρχεται ἐντὸς 8—10 ἡμερῶν. Ἐὰν δὲν ἐπέλθῃ βελτίωσις ἐντὸς 3 ἡμερῶν, πρέπει εἴτε ν' ἀποκλεισῶμεν τὸ ἀπόστημα. εἴτε νὰ σκεφθῶμεν τὴν διάγνωσιν τῆς ἀμοιβαδικῆς ἡπατίτιδος εἴτε νὰ σκεφθῶμεν τὸ ἀπόστημα.

Εἶναι ὅμως φρονιμώτερον νὰ μὴ ἐγκαταλειφθῇ ἡ θεραπεία αὕτη. Μετὰ πάροδον 45 ἡμερῶν περίπου χορηγεῖται καὶ δευτέρα σειρά ἐμετίνης, ἥτις ἐν ἀνάγκῃ ἐπαναλαμβάνεται καὶ διὰ τρίτην φοράν,

δύο μήνας μετά την δευτέραν σειράν (εάν φυσικά ή έμετινή είναι καλώς άνεκτή).

Κατά τὰ μεσοδιαστήματα ταῦτα οἱ Γάλλοι χορηγοῦν τὴν Conessine.

Προτιμῶμεν τὴν χορήγησιν τῆς χλωροκίνης, ἥτις πράγματι δρᾷ μόνον ἐπὶ τῆς έξω·έντερικῆς ἀμοιβαδῶσεως, καὶ ἰδίως τῆς ἥπατικῆς τοιαύτης. Ἡ χλωροκίνη ἀπορροφᾶται τελείως ὑπὸ τοῦ έντερικοῦ σωλῆνος καὶ συμπυκνοῦται κατὰ 500 φορές έντός τοῦ ἥπατος.

Εἰς δισκία τῶν 0 gr. 25

Τὰς πρώτας δύο ἡμέρας ἀνά 4 δισκία. Ἐν συνεχείᾳ δύο δισκία ἡμερησίως, ἐπὶ δύο ἕως τρεῖς ἑβδομάδας.

Ἡ ἐπίδρασις τῶν βιοθεραπευτικῶν ἐπὶ τῆς ἀμιγθοῦς ἀμοιβαδικῆς ἥπατίτιδος εἶναι συζητήσιμος. Δροῦν ὁμως ἐπὶ πιθανῶς συνυπαρχούσης καὶ λανθανούσης έντερικῆς ἀμοιβαδῶσεως. Ἐνδείκνυται ὡσαύτως ἐπὶ δευτεροπαθοῦς ἐπιμολυνθελσης ἥπατίτιδος. Χορηγοῦμεν: Terramycine, 1 ἕως 1 gr. 50 ἡμερησίως ἐπὶ δεκαήμερον.

Ἐν συνεχείᾳ ὁ ἄρρωστος θά ὑποβληθῆ εἰς τὴν κλασσικὴν συντηρητικὴν ἀγωγήν τῆς ἀμοιβαδῶσεως (βλ. σ. 234).

2. Ἀμοιβαδικὸν ἀπόστημα τοῦ ἥπατος. Θά ἐφαρμοσθῆ ἡ ἀνωτέρω περιγραφείσα ἀγωγή δι' έμετινης καὶ χλωροκίνης.

Εἰς περίπτωσιν ἀποτυχίας:

—Παραμένει σχετικὴ διόγκωσις τοῦ ἥπατος.

—Ἐλαφρά ἄλγη.

—Μικρὰ πυρετικὴ κίνησις.

—Ἡύξημένη καθίζησις.

Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς ένδείκνυται ἡ παρακέντησις τοῦ ἥπατος καὶ ἡ ἀναρρόφησις τοῦ πύου. Ἐάν τὸ πύον εἶναι «ζωντανόν», συνήθως ἀρκεῖ αὕτη ὥστε νὰ ἐπιταχυνθῆ ἡ ἴασις. Ἐνίεμεν έντός τῆς κοιλότητος ἀέρα καὶ λιπιδόλην, οὕτως ὥστε νὰ ἐρευνηθῆ ἡ πιθανὴ ὑπαρξις καὶ ἄλλων ἀποστημάτων. Ἡ παρακέντησις θά τερματισθῆ διὰ τῆς ἐπιτοπίου ἐγχύσεως 50.000 μ. πενικιλλίνης καὶ 0 gr. 10 έμετινης.

Ἐάν ἡ παρακέντησις ἀποβῆ ἀρνητικὴ ἢ τ' ἀποτελέσματα αὐτῆς δὲν εἶναι ἱκανοποιητικὰ, ένδείκνυται ἡ χειρουργικὴ επέμβασις καὶ ἡ ἀνοικτὴ παροχέτευσις. Εἰς τὴν περίπτωσιν ταύτην ἔχει πλέον θέσιν ἡ χορήγησις βιοθεραπευτικῶν, ἥπατικῶν ἐκχυλισμάτων, βιταμίνης Κ, μεταγγίσεων αἵματος κλπ.

Φυσικὰ μεγάλη μερίς εἰδικῶν ὑποστηρίζει, ὅτι, ἅμα τῇ διαπι-

στώσει πύου διά τῆς παρακεντήσεως, ἐπιβάλλεται ἡ ἄμεσος χειρουργική ἐπέμβασις. Εἰς τὰ χρόνια ἀμοιβαδικὰ ἀποστήματα ἡ μόνη ἐνδεικνυομένη θεραπεία εἶναι ἡ χειρουργική τοιαύτη.

2.—Ἡ πνευμονική ἀμοιβάδωσις.

Αὕτη περιλαμβάνει τὸ ἀμοιβαδικὸν ἀπόστημα τοῦ πνεύμονος καὶ τὰς μὴ ἀποστηματοποιηθείσας ἀμοιβαδικὰς πνευμονοπαθείας, εἰς τὰς ὁποίας δυνάμεθα νὰ προσθέσωμεν ἐκδηλώσεις ἐκ τοῦ ὑπεζωκότος ὡς καὶ ἐκ τῶν βρόγχων.

α) Ἀμοιβαδικὸν ἀπόστημα πνεύμονος. Τοῦτο ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον συνυπάρχει μὲ ἓν ἀπόστημα τοῦ ἥπατος. Δύναται ὁμως νὰ εἶναι καὶ πρωτοπαθὲς (25%).

Ἄσάκις συνυπάρχει μὲ ἀνάλογον τοῦ ἥπατος, δέον νὰ θεωρηθῆ ὡς δευτεροπαθὲς τούτου.

Ἐάν κατὰ τὴν ρῆξιν τοῦ ἥπατικοῦ ἀποστήματος, μέσῳ τοῦ διαφράγματος, δὲν δημιουργηθοῦν συμφύσεις, θὰ σχηματισθῆ ἔμπύημα, δυσχεροῦς διαγνώσεως.

Τὸ ἀπόστημα θὰ ἐκδηλωθῆ κλινικῶς διὰ πόνου παρά τὴν δεξιάν βάσιν τοῦ θώρακος, συνοδευομένου ὑπὸ ρίγους, διαλείποντος πυρετοῦ, νυκτερινῶν ιδρώτων, βηχὸς καὶ ἀποχρέμψεως, σοκολατοχρόου ἐν τῇ ἀρχῇ, ἀραιότερας καὶ κιτρίνης χροιάς ἐν συνεχείᾳ. Ἡ ἀπόχρεμψις αὕτη ἐρεθίζει τὸ πνευμονικὸν παρέγχυμα.

Μετὰ κάθε παροξυσμὸν βηχὸς ἀποβάλλεται, περιοδικῶς, μεγάλη ποσότης πύου, ἐντὸς τοῦ ὁποίου ἀνευρίσκονται κρύσταλλοι Charcot-Leyden, ἥπατικά κύτταρα καὶ ἐπιθηλιοειδῆ τοιοῦτα προερχόμενα ἐκ τοῦ πνεύμονος, ἐνίοτε δὲ καὶ μυϊκὰ Ἴνες ἐκ τοῦ διαφράγματος.

Ἀκτινολογικῶς θὰ διαπιστωθῆ ἡ ὕπαρξις ὁμοιογενοῦς σκιάσεως παρά τὴν δεξιάν πνευμονικὴν βάσιν. Ὁ πνευρο-διαφραγματικὸς χώρος ἔχει καταληφθῆ, τὸ δὲ δεξιὸν ἡμιδιάφραγμα ἔχει ἀκίνητοποιηθῆ.

— Τὸ πρωτοπαθὲς ἀμοιβαδικὸν ἀπόστημα τοῦ πνεύμονος εἶναι πολὺ σπάνιον. Εἴτε μονήρες εἴτε πολλαπλοῦν, ἐγκαθίσταται ἐπὶ τοῦ πνεύμονος ἀνεξαρτήτως ὑπάρξεως ἀναλόγου ἐπὶ τοῦ ἥπατος. Ὄφειλεται εἰς τὴν μεταφορὰν τῆς ἱστολυτικῆς ἀμοιβάδος εἰς τὸν πνεύμονα διὰ τῆς ἥπατικῆς κυκλοφορίας ἢ τῆς λεμφικῆς τοιαύτης: ἐκ τῶν λεμφαγγείων εἰς τὸν μείζονα θωρακικὸν πόρον, ἐν συνεχείᾳ διὰ τῆς φλεβικῆς ὁδοῦ μέσῳ τῆς ἄνω κοίλης φλεβὸς καὶ τέλος διὰ τῆς πνευμονικῆς ἀρτηρίας.

Κλινικῶς θά ἐκδηλωθῇ εἴτε ὡς ὀξύ πνευμονικόν ἀπόστημα εἴτε ὡς χρόνιαν καί παρατεινόμενον εἴτε θά ὑποδυθῇ τὴν ψευδοεπιπλασίαν.

Δυνατόν, οὕτω, νά εἰσβάλλῃ ὀξέως, μὲ πόνον ἔντονον καί ἐντοπιζόμενον παρά τὴν δεξιάν πνευμονικὴν βάσιν, μὲ βάρεια γενικά φαινόμενα. Δυνατόν ἐπίσης νά εἰσβάλλῃ ὑπὸ μορφὴν σκολατοχρόου πυεμείας ἢ καί μικρῶν, ἀλλ' ἐπανειλημμένων τοιούτων. Ἐντὸς τῆς ἀποχρέμψεως ταύτης θ' ἀναζητηθοῦν αἱ ιστολυτικαὶ ἀμοιβάδες.

Ἄλλοτε ὑποδύεται τὴν φυματίωσιν, ὅποτε ἡ διάγνωσις ἐπιβραδύεται. Μετά τὴν πυεμείαν, ἐπὶ ἑβδομάδας, ἡ γενικὴ κατάστασις τοῦ ἀρρώστου ἐπιδεινοῦται, σημειοῦται δὲ μεγάλη ἀπίσχανσις, ὠχρότης, ἡ δὲ ἀπόχρεμψις ἀπὸ αἱματηρὰ γίνεται βλενο-πυώδης, συνοδευομένη καί ὑπὸ πυρετοῦ. Τὸ ἀπόστημα τοῦτο δύναται νά καταλάβῃ ὀλόκληρον λοβόν, νά ραγῇ ἐντὸς τοῦ ὑπεζωκώτος ἢ νά προκαλέσῃ πνευμονικὴν θρόμβωσιν ἢ κεραυνοβόλον αἱμορραγίαν.

Τέλος, μία παρατεινομένη καί χρονίζουσα κατάστασις ἐγείρει πάντοτε ὑπονοίας διὰ βρογχικὸν καρκίνον.

β) Ἀμοιβαδικὴ «πνευμονίτις». Διὰ τοῦ ὄρου τούτου ὑπονοοῦμεν τὴν ὑπὸ τῆς ιστολυτικῆς ἀμοιβάδος προσβολὴν τοῦ πνεύμονος, κατὰ τὸ στάδιον ἐκεῖνο καθ' ὃ δὲν ἔχει εἰσέτι ἐπέλθει ἡ ἀποστηματοποιήσις, ἀνάλογον τοῦ ὁποίου παρατηροῦμεν καί κατὰ τὴν προσβολὴν τοῦ ἥπατος.

Ἡ προσβολὴ αὕτη τοῦ πνεύμονος δυνατόν νά ἔπεται τῆς ἀμοιβαδικῆς ἥπατίτιδος ἢ μιᾶς χρονίας ἀμοιβαδικῆς δυσεντερίας, ἀλλὰ νά εἶναι καί κλινικῶς πρωτοπαθῆς.

Ὁ μηχανισμὸς τῆς προσβολῆς ταύτης δὲν ἔχει πλήρως διευκρινηθῇ. Ἐκ τῶν ἐντερικῶν ἐξελκώσεων καί διὰ τῆς φλεβικῆς ὁδοῦ μεταφέρονται εἰς τὸ ἥπαρ τοξίνοι, μικρόβια καί ιστολυτικαὶ ἀμοιβάδες. Ἐάν, δι' οἰονδήποτε λόγον, τὸ ἥπαρ ἐπιτρέψῃ τὴν διόδον, τὸν ρόλον τοῦ ἥθμοῦ θά πρέπη ν' ἀναλάβῃ ὁ πνεύμων. Ἡ ἐκεῖ ἐγκατάστασις τοῦ παρασίτου δὲν διαφέρει ἀπὸ τὴν ἀνάλογον ἐγκατάστασιν τοῦ εἰς τὸ ἥπαρ, ὅπου δημιουργεῖ τὴν ἀμοιβαδικὴν ἥπατίτιδα, δυναμένην καί νά μὴ ἐξελιχθῇ πρὸς τὸ ἀπόστημα. Ἄς σημειωθῇ δτι, διὰ τινὰς συγγραφεῖς, ἡ ἀμοιβαδικὴ πνευμονίτις ὁμοιάζει μὲ τὴν ἐξιδρωματικὴν μορφὴν τῆς φυματίωσης.

Δὲν εἶναι ὅμως εὐκόλως παραδεκτὴ ἡ δυνατότης πνευμονικῆς προσβολῆς ἄνευ προηγηθείσης ἥπατικῆς τοιαύτης, ποικίλου βαθμοῦ. Ὡς ἐκ τούτου παραδέχονται τὴν ὑπὸ τοῦ Δένε ὑποστηριζομένην ἄποψιν, τὴν ἀφορῶσαν τὸν ἐχινόκοκκον τοῦ πνεύμονος, ἀπα-

ράδεκτον άνευ συγχρόνου προσβολῆς καὶ τοῦ ἥπατος. Καὶ εἰς τὸν ἀμοιβαδοπαθῆ, ἐπομένως, τὸν παρουσιάζοντα ἐκδηλώσεις ἐκ τῶν πνευμόνων, θὰ πρέπη ν' ἀναζητηθῆ καὶ ἡ ἀνάλογος ἥπατική προσβολή.

Κλινικῶς ἡ πνευμονίτις αὕτη εἰσβάλλει αἰφνιδίως, μὲ ὀξὺν πόνον κατὰ τὴν δεξιάν μαστικήν χώραν, μὲ αἴσθημα ἀγωνίας, άνευ ὀμως κυανώσεως. Ἡ ἀπόχρεμψις δὲν ἔχει συνήθως ἰδίου χαρακτήρα, οὔτε καὶ ἐκδηλοῦται ὡς πνευμοσία, άν καὶ αἱ αἰμοπτύσεις εἶναι ἀρκετὰ συχναί, προσομοιάζουσαι πρὸς τὴν ἀπόχρεμψιν τῆς πνευμονίας.

Ἡ γενικὴ κατάσταση τοῦ ἀρρώστου ὑπενθυμίζει βαρεῖαν λοίμωξιν, μὲ πυρετὸν 40°, μὲ γλώσσαν ξηρὰν καὶ προσωπεῖον ἠλλοιωμένον.

Ἡ ἐξέτασις θ' ἀποκαλύπτει παρὰ τὴν δεξιάν βάσιν ἀμβλύτητα, ἀξησιν τῶν φωνητικῶν δονήσεων καὶ ἀφθόνους ὑποτρίζοντας. Σπανίως θ' ἀνεύρωμεν φύσημα. Ἐχομεν οὔτω συμπτωματολογίαν ἐκτεταμένης ἐστίας πυκνώσεως, ἣτις μᾶς ὀδηγεῖ πρὸς τὴν διάγνωσιν τῆς πνευμονίας, ἰδίως ὁσάκις συνυπάρχει καὶ ἔρπης.

Ἀκτινολογικῶς θὰ παρατηρήσωμεν παρὰ τὴν δεξιάν βάσιν μίαν σκιάν οὐχὶ τριγωνικὴν, ἀλλὰ μὲ ὄρια ἀκαθόριστα, φερομένην πλαγίως καὶ διακόπτουσαν ἐν εἴδει Χ τὰ θον, 9ον καὶ 10ον μεσοπλευρία διαστήματα, καὶ μέσῳ τῆς ὁποίας διαφαίνονται αἱ πλευραί.

Ἡ σκιά αὕτη καταλαμβάνει κυρίως τὴν μέσην καὶ ἔσω μοῖραν τῆς ὑπερδιαφραγματικῆς χώρας. Πληροῖ ἀτελῶς ἢ οὐδόλως τὸν πλευροδιαφραγματικὸν χῶρον. Ἡ πυκνότης τῆς εἶναι ἀνομοιογενής, ἐλάχιστα ἔντονος, εἰς τὸ μέσον δὲ ταύτης διαφαίνονται μία ἔως δύο στρογγύλαι καὶ ἀνοικτῆς χροιάς εἰκόνες. Ἡ σκίασις αὕτη διαχωρίζεται τοῦ διαφράγματος ὑπὸ μιᾶς κάτωθεν ταύτης ἀκτινολογικῶς ὕγιους παρεγχυματικῆς ζώνης. Τὸ δεξιὸν ἡμιδιάφραγμα εἶναι ἀνυψωμένον καὶ εἰς ὀριζοντίαν θέσιν, ἠλαττωμένης κινητικότητος οὐχὶ ὀμως καὶ κωδωνοειδές (en brioche).

Ἡ ἐξέλιξις τῆς ἀμοιβαδικῆς πνευμονίτιδος ἐξαρτᾶται ἐκ τῆς ἐγκαίρου θεραπευτικῆς ἀγωγῆς. Ἐάν, χάρις εἰς τὴν συνύπαρξιν καὶ ἄλλων σημείων, μεταξὺ τῶν ὁποίων ἀναφέρομεν τὴν ἐπώδυνον δόνησιν τοῦ ἥπατος, ὑποπτευθῶμεν τὴν ἀμοιβαδικὴν αἰτιολογίαν, ἡ ἴασις θὰ εἶναι ἀρκετὰ ταχεῖα. Ἐν ἐναντίᾳ περιπτώσει ἡ πνευμονίτις αὕτη ἢ θὰ ἐξελιχθῆ αὐτομάτως πρὸς τὴν ἴασιν — ὅπως παρατηρεῖται τοῦτο καὶ ἐπὶ τῆς ἀμοιβαδικῆς ἥπατίτιδος—ἢ θὰ χρο-

νίση ὡς πνευμονοπάθεια ἢ καὶ θά ἐξελιχθῆ πρὸς τὸ ἀπόστημα μετὰ χρονικὸν διάστημα πολλῶν μηνῶν.

Δέον ὅμως νὰ σημειωθῆ, ὅτι εἰς ὄλας αὐτάς τὰς περιπτώσεις ἀπαιτεῖται ὑπομονὴ καὶ ἐπιμονὴ θεραπευτικὴ. Ἐχει πράγματι διαπιστωθῆ, ὅτι διὰ τὰς ἐξω - εντερικὰς ἀμοιβαδῶσεις ἀπαιτεῖται χρονικὸν διάστημα δύο τοῦλάχιστον μηνῶν ἵνα ἐπιτευχθῆ ἡ ἴασις.

3. Ἀμοιβαδικὸν ἀπόστημα τοῦ ἐγκεφάλου. Πρόκειται περὶ σπανιωτάτης ἐπιπλοκῆς, ἐφ' ὅσον ὁ ἀριθμὸς ὄλων τῶν περιπτώσεων τῶν ἀναφερομένων ἐν τῇ διεθνεῖ βιβλιογραφίᾳ δὲν ὑπερβαίνει τὰς ἑκατόν.

Διὰ τῆς κυκλοφορίας ἡ ἱστολυτικὴ ἀμοιβὰς φθάνει εἰς τὸν ἐγκέφαλον, πάντοτε δὲ συνυπῆρχεν ἀπόστημα τοῦ πνεύμονος, ἐξεδηλώθη δὲ κυρίως κατόπιν χειρουργικῆς ἐπεμβάσεως ἐπὶ τοῦ ἥπατος (μεταφορὰ διὰ τῶν παρασπονδυλικῶν φλεβικῶν πλεγμάτων).

Ἡ συμπτωματολογία ἐξαρτᾶται ἐκ τῆς ἐντοπίσεως τοῦ ἀποστήματος, δὲν διαφέρει δὲ τῆς τοιαύτης τῶν διαφορετικῆς φύσεως ἀποστημάτων τοῦ ἐγκεφάλου. Θά ἔχωμεν, οὕτω, σπασμούς, ναυτίαν καὶ ἐμέτους, ἐπιληπτικὰς κρίσεις, ἐντονον κεφαλαλγίαν, μανιακὰς κρίσεις, ἀλλὰ καὶ ἐντετοπισμένα συμπτώματα. Πυρετὸς σχεδὸν δὲν ὑπάρχει. Τὸ ἐγκεφαλο - νωτιαῖον ὑγρὸν εἶναι διαυγές, ἐκτὸς ἐὰν τὸ ἀπόστημα ραγῆ, ὅποτε ἔχομεν ὕψωσιν καὶ τῆς θερμοκρασίας. Ὁ θάνατος ἐπέρχεται ὀλίγας ὥρας μετὰ τὴν ρῆξιν τοῦ ἀποστήματος ἐντὸς τῆς κοιλίας.

4. Ἀμοιβάδωσις τοῦ δέρματος. Καὶ ἡ ἐπιπλοκὴ αὕτη εἶναι σπανία, μολονότι δύνανται νὰ ἐκδηλωθῆ ὄχι μόνον εἰς δυσεντερικούς, ἀλλὰ καὶ εἰς ἄτομα μὴ ἀναφέροντα προηγηθεῖσαν τοιαύτην προσβολήν.

Ἡ ἀμοιβάδωσις τοῦ δέρματος προκαλεῖται εἴτε ἐξ ἐπεκτάσεως ὕφισταμένων ἀμοιβαδικῶν βλαβῶν εἴτε ἐξ ἐνοφθαλμισμού ἐξ ἀποστάσεως, ἀλλὰ καὶ ὡς ἀλλεργικὴ δερματίτις τῶν ἀμοιβαδικῶν, προσβάλλουσα δέρμα καὶ βλεννογόνους.

Εἰς τὰς ὀξείας δυσεντερίδας, ὅπου αἱ πολλαπλαῖ κενώσεις περιέχουν ἄφθονα πρωτόζωα, τὸ περὶ τὸν πρωκτὸν δέρμα ἀλλοιοῦται, ἐξελκοῦται καὶ οὕτω διεισδύουν ἐκεῖ αἱ ἀμοιβάδες, αἵτινες φυσιολογικῶς δὲν προσβάλλουν τὸ ὑγιὲς δέρμα.

Συνήθως ὅμως, κατόπιν διανοίξεως—χειρουργικῆς ἢ αὐτομάτου—ἐνὸς ἀποστήματος τοῦ ἥπατος, ἢ καὶ τοῦ πνεύμονος, περιέχοντος ἀμοιβάδας, δημιουργεῖται μετὰ τι χρονικὸν διάστημα, ποικίλλον

ἀπὸ μιᾶς ἕως ἕξ ἑβδομάδων, μικρὸν ἐρυθρὸν ἔπαρμα, τὸ κέντρον τοῦ ὁποίου νεκροῦται ταχύτατα. Ἡ νέκρωσις αὕτη ἐπεκτείνεται κατὰ πολλὰ ἑκατοστὰ κυκλικῶς ἢ καὶ ἀνωμάλως, σχηματιζομένης τοιοῦτοτρόπως μιᾶς πολυλόβου ἐλκώσεως, διαμέτρου 15—25 ἐκ. Ἡ ἔλκωσις παρουσιάζει εἰς τὸ κέντρον κοκκιώδη ἱστὸν καὶ καλύπτεται ὑπὸ πυσαιματηροῦ ἐξιδρώματος. Περιβάλλεται ὑπὸ μιᾶς ἐν σφακελώσει στεφάνης καὶ ἀφορίζεται ὑπὸ παρυφῆς ἐν εἰδει ἐπάρματος, ὅπου παρατηροῦνται μικρὰ ἀποστήματα. Πέριξ ταύτης ὑπάρχει ἐρυθρὰ ἄλως πλάτους 2—4 ἐκ. Ἡ ἐξέλκωσις εἶναι ἐπιπολῆς, σπανίως δὲ προσβάλλει τοὺς μῦς.

Ἡ γενικὴ κατάστασις ἐπιδεινοῦται, ἡ θερμοκρασία ἐγγίζει τοὺς 40°, ὁ δὲ ἀριθμὸς τῶν λευκῶν κυμαίνεται μετὰ 10—20.000, μετὰ πολυμορφοπυρηνώσεως ἄνευ σημαντικῆς ἠωσινοφιλίας. Ἡ πρόγνωσις, πρὸ τῆς ἐμετίνης, ἦτο πάντοτε βαρεῖα, ὁ δὲ θάνατος ἐπήρχετο ταχύτατα.

Εἰς δύο περιπτώσεις, τὰς ὁποίας παρατηρήσαμεν, τὸ δέρμα εἶχε προσβληθῆ καὶ ἀποκολληθῆ κολῶ πέραν τοῦ τραύματος τοῦ προκληθέντος ἐκ τῆς διανοίξεως ἀμοιβαδικοῦ ἀποστήματος τοῦ ἥπατος. Αἱ ἱστολυτικαὶ ἀμοιβάδες ἀνευρέθησαν κατόπιν ἀποξέσεως ὑπὸ τὸ δέρμα τοῦ τραύματος. Χάρις εἰς τὴν ἐμετινοθεραπείαν ἡ ἴασις ἐπῆλθε ταχύτατα.

5. Ἀμοιβάδωσις ἄλλων ὀργάνων. Ἡ διάτρησις τοῦ ἐντέρου, θανατηφόρος, εἶναι εὐτυχῶς σπανία. Αὕτη ἀκολουθεῖται ὑπὸ περιτονίτιδος, ἐκτὸς ἐάν ἐγκυστωθῆ ὑπὸ συμφύσεων, ὅποτε δημιουργεῖται τοπικὸν ἀπόστημα δυνάμενον ἐν συνεχείᾳ νὰ ραγῆ ἐντὸς τῆς περιτοναϊκῆς κοιλότητος. Κατόπιν μιᾶς τοιαύτης διατρήσεως τοῦ ἐντέρου δυνατόν ἐπίσης νὰ σχηματισθοῦν περι·κολικά ἢ περι·τυφλικά ἀποστήματα.

Γενικῶς δυνάμεθα νὰ εἴπωμεν, ὅτι κάθε κοιλιακὸν ὄργανον, ὅπως οἱ νεφροί, ἡ χοληδόχος κύστις, ὁ σπλῆν, ἡ μήτρα, ἡ κύστις, τὸ λεπτόν ἔντερον κλπ., δύναται νὰ προσβληθῆ συνεπεῖα ρήξεως ἀμοιβαδικοῦ ἀποστήματος.

Ε' Η ΒΑΚΤΗΡΙΔΙΚΗ ΔΥΣΕΝΤΕΡΙΑ

Όξεια, έλκώδης έπεξεργασία και φλεγμονή όλοκληρου του κόλου, όφειλομένη εις βακτηρίδια του γένους *Shigella*.

Χαρακτηρίζεται από πυρετόν, προσβολήν της γενικής καταστάσεως, τυπικόν δυσεντερικόν σύνδρομον και με πλέον συχνήν έπιπλοκήν την προσβολήν των άρθρώσεων.

Ή όξεια αύτη κατάστασις δύναται νά μεταπέση εις χρονίαν τοιαύτην.

Ίστορικόν. Γνωστή από της έποχής του Ίπποκράτους, αναφέρεται έκτοτε ως έμφανιζομένη είτε σποραδικώς είτε έπιδημικώς. Τοιαύται έπιδημιαί αναφέρονται εις διαφόρους χώρας κατά τον 15ον αιώνα, άργότερον δέ ή μεγάλη τοιαύτη κατά τον έμφύλιον πόλεμον εις Ήν. Πολιτείας της Άμερικης και προγενεστέρως κατά τούς Ναπολεοντείους πολέμους, τον Κριμαϊκόν κ.ο.κ.

Άπό αιτιολογικής, όμως, άπόψεως έπεκράτει πλήρης άγνοια και σύγχυσις μετά της άμοιβαδικής δυσεντερίας ή άλλων όξειων κολιτιδων.

Ό υπεύθυνος μικρο-οργανισμός άνεκαλύφθη τό 1898 υπό του Ίάπωνος *Shiga* και έκτοτε φέρει τό όνομά του. Μετά έν έτος ό Flexner, μελετών μίαν έπιδημίαν δυσεντερίας εις τās Φιλιππίνας νήσους, άνακαλύπτει ανάλογον βακτηρίδιον. Έν συνεχεία, τās έργασίας του Flexner έπιβεβαιώνουν οι Strong, Hiss, κλπ. Πρόκειται όμως περί μικρο-οργανισμού όλιγώτερον τοξικοϋ του *Shiga*, με διαφορετικās έπί πλέον ιδιότητας και αντίδράσεις.

Άς σημειωθῆ —διά την ιστορικήν άκρίβειαν— ότι δέκα έτη πρό της άνακαλύψεως του *Shiga*, οι Γάλλοι Chantemesse και Vidal είχον άνακοινώσει την άνακάλυψιν ενός βακτηριδίου εις άρρώστους πάσχοντας εκ δυσεντερίας.

Έκτοτε άκολουθοϋν πολλοί μελέται άφορώσαι την έπιδημιολογίαν, την κλινικήν, την μικροβιολογίαν της νόσου. Τά τελευταία έτη, έξ αιτίας των πολέμων με τās μοιραίας έπιδημίας, έπιτελείται σημαντική πρόοδος εις την έξακρίβωσιν της ειδικής τοξικότητος εκάστου βακτηριδίου, την μελέτην των μικροβιακων τοξινων, τον διαχωρισμόν της δυσεντερίας ταύτης από άλλας άναλόγους καταστάσεις και τέλος εις ό,τι άφορᾷ την θεραπείαν.

Ή βακτηριδική δυσεντερία είναι πολύ πλέον συχνή από ό,τι γενικώς πιστεύεται και άναγράφεται. Λεπτομερείς μελέται άφορώσαι όλους τούς τομείς άπεκάλυψαν, ότι μέγας αριθμός «κολιτι-

δων», έντεριιδων ή γαστροεντεριτιδων ούδέν άλλο είναι παρά γνήσιαι περιπτώσεις βακτηριδικής δυσεντερίας.

Ἐπίδειξις τούτου ἀποτελεῖ μία πλήρης στατιστικὴ μελέτη τοῦ Γραφείου Δημοσίας Ὑγείας τῶν Ἡν. Πολιτειῶν. Εἰς ταύτην ἐμφαίνεται, ὅτι ὅσον αὐξάνει ὁ ἀριθμὸς τῶν ἐξακριβωθεισῶν βακτηριδικῶν δυσεντεριῶν τόσον ἐλαττοῦται ὁ ἀριθμὸς τῶν ἄλλοτε μὴ χαρακτηρισζομένων καὶ μὴ ταξινομημένων δυσεντεριῶν. Οὕτως ἀναφέρεται ὅτι τὸ 1933 ἀνεγράφοντο 17043 περιπτώσεις «μὴ ταξινομηθεισῶν» δυσεντεριῶν, ἔναντι 625 περιπτώσεων βακτηριδικῆς δυσεντερίας. Τὸ 1951 ἀναφέρονται, ὑπὸ τῆς ἐν λόγω στατιστικῆς, 21317 περιπτώσεις «μὴ ταξινομηθεῖσαι» ἔναντι 32425 γνησίων περιπτώσεων βακτηριδικῆς δυσεντερίας. Ἀξιοσημεῖωτον ἐπίσης τυγχάνει, ὅτι, ὡς προκύπτει ἐκ τῆς στατιστικῆς, ἡ βακτηρ. δυσεντερία ὑπερέχει κατὰ πολὺ τοῦ τυφοειδοῦς πυρετοῦ. Οὕτως, ἐνῶ τὸ 1933 ἀναφέρονται 23.349 περιπτώσεις τυφοειδοῦς, τὸ 1951 μόνον 3.700. Εἰς τοὺς ἀριθμοὺς αὐτοὺς θὰ πρέπη πιθανώτατα νὰ προσθέσωμεν καὶ ἄλλας περιπτώσεις, δεδομένου ὅτι ἡ διάγνωσις τῆς βακτηρ. δυσεντερίας, λόγω ἐργαστηριακῶν δυσχερειῶν, δὲν τίθεται εὐκόλως, πολλὰ δὲ τούτων, μὲ ἀβληχρὰς κλινικὰς ἐκδηλώσεις, χαρακτηρίζονται συχνότατα ὡς «τροφικαὶ δηλητηριάσεις».

Ἐπιδημιολογία. Ἡ βελτίωσις τῶν διαγνωστικῶν μέσων ἐπιτρέπει τὴν διαπίστωσιν πολὺ περισσοτέρων περιπτώσεων. Ἄλλὰ καὶ αὐτὴ αὕτη ἡ δυσεντερία ἐξηπλώθη ἔτι περισσότερο, λόγω τῶν ἀνθυγιεινῶν ὄρων διαβίωσης πολλῶν πληθυσμῶν καὶ στρατευμάτων κατὰ καὶ μετὰ τὸν τελευταῖον πόλεμον.

Ἡ ἀκατάλληλος τροφή, ἡ παρατεταμένη ἐκθεσις εἰς τὸ ψυχρὸς ἢ τὸν καύσωνα, ἡ πόσις μολυσμένου ὕδατος, αἱ ἀτελεῖς ἐγκαταστάσεις ἀφοδευτηρίων, πάντα ταῦτα συντελοῦν εἰς τὴν ἐξάπλωσιν τῆς νόσου.

Ἡ πηγὴ τῆς λοιμώξεως εἶναι τὰ κόπρανα τῶν πασχόντων ἐκ βακτηρ. δυσεντερίας. Αἱ τροφαί, τὸ γάλα, τὸ ὕδωρ, μολύνονται συνήθως ὑπὸ τῶν μυιῶν ἢ τῶν χειρῶν μολυνθέντων ἀτόμων. Ἡ ἀμεσὸς ἐπιμόλυνσις διὰ τῶν χειρῶν εἶναι σπανία.

Ἡ ἄμεσος μόλυνσις λαμβάνει χώραν ἐκ τῶν ἀφοδευμάτων, τῶν μολυνθέντων μαγειρικῶν σκευῶν, τροφῶν κλπ.

Ἡ ἔμμεσος μόλυνσις ὀφείλεται κυρίως εἰς τὰς μυίας, κατὰ τινὰς δὲ καὶ εἰς τὸ ὕδωρ. Αἱ μυῖαι μολύνονται ὑπὸ τῶν δυσεντερικῶν κοπράνων, ἐπὶ τῶν ὁποίων ἐπικάθηται καὶ τρέφονται. Τὸ βακτηρίδιον ζῆ ἐντὸς τοῦ πεπτικοῦ σωλήνος τῶν ἐπὶ 48 ὥρας, μεταφέρουν δὲ τοῦτο ἐπὶ τῶν τροφῶν. Εἶναι ἐξ ἄλλου γεγονός, ὅτι αἱ πε-

ριπτώσεις βακτηρ. δυσεντερίας αύξάνουν κατά τās θερμάς έποχάς τοῦ έτους, όποτε πολλαπλασιάζονται καί αί μυταί.

Ἡ διά τοῦ ὕδατος μόλυνσις άμφισβητεῖται. Διά τῶν γενομένων έξετάσεων τούτου εἰς έποχάς έπιδημιῶν οὐδέποτε κατωρθώθη νά άποκαλυφθῆ ἡ παρουσία τοῦ βακτηριδίου, τό όποῖον έξαφανίζεται ταχύτατα, πιθανῶς λόγω μικροβιακοῦ άνταγωνισμοῦ. Ἄλλαι όμως έρευναι άπέδειξαν, ότι τό βακτηρίδιον τοῦτο άνευρίσκεται έντός έναποθηκευμένου καί στείρου μικροβίων ὕδατος, όπου πολλαπλασιάζεται καί ζῆ επί πολλάς έβδομάδας.

Ἡ πλέον όμως σημαντική πηγή μόλυνσεως φαίνεται ότι εἶναι οἱ λεγόμενοι «φορεῖς» βακτηριδίων. Οὕτως οἱ Hardy καί Watt, εἰς Texas, επί 6984 καλλιιεργειῶν κοπράνων, άνευρον Shigella εἰς 380 άτομα. Ἐκ τούτων μόνον 36 παρουσίαζον διαρροϊκά φαινόμενα.

Τό βακτηρίδιον τοῦτο έλάχιστα έπηρεάζει τήν ὕγιαν τοῦ φορέως. Ὡς επί τό πλεῖστον πρόκειται περί «άναρρωνούτων» φορέων, δηλαδή άτομων, άτινα μετά τήν νόσον των έξακολουθοῦν, διά τῶν κοπράνων των, ν' άποβάλλουν βακτηρίδια. Τό συχνότερον άπαντῶν εἶναι τό βακτ. τύπου Flexner καί Sonne, δεδομένου ότι ἡ ὑπό τοῦ βακτ. Shiga προκληθεῖσα δυσεντερία δέν έπιτρέπει πλήρη άνάρρωσιν. Ὑπάρχουν έπίσης καί οἱ «ὑποτροπιάζοντες» φορεῖς, οἱ όποιοι μετά μήνας ἤ καί έτη περιοδικῶς άποβάλλουν διά τῶν κοπράνων των βακτηρίδια δυσεντερίας. Ὁ «χρόνιος» φορεῦς, άν καί κλινικῶς φαίνεται πλήρως ίαθεις, έξακολουθεῖ μολαταῦτα ν' άποβάλλη βακτηρίδια.

Πρός έξήγησιν τῶν ὑποτροπῶν τούτων έπικαλοῦνται τόν σχηματισμόν ὑποβλεννογονίων κύστεων έκ τῶν αδένων τοῦ Lieberkühn, έντός τῶν όποίων κρύπτονται τά βακτηρίδια, άτινα άποβάλλονται όσάκις ρήγνυνται αἱ κύστεις αὔται.

Οἱ φορεῖς οὔτοι εἶναι λίαν επικίνδυνοι, πολλάκις δέ καί οἱ ὑπεύθυνοι έπιδημιῶν εἰς χώρους άνθυγεινούς καί πυκνοκατοικημένους. Εἰς τοὺς πλείστους τῶν φορέων διαπιστοῦνται ὀρθοσκοπικῶς χαρακτηριστικαί αλλοιώσεις. Μερικοὶ όμως τούτων οὐδεμίαν ταύτην βλάβην έμφανίζουν καί μολαταῦτα εἶναι φορεῖς βακτηριδίων δυσεντερίας.

Παθολογική άνατομική. Ἐξαιρέσει έλάχιστων περιπτώσεων, αἱ έκ τῆς νόσου αλλοιώσεις έντοπιζονται επί τοῦ παχέος έντέρου, ὅπως δέ ιδιαιτέρως τοῦ άριστεροῦ, ἤτοι κατιόντος — σιγμοειδοῦς—όρθου, όπου καί διαπιστοῦνται ὀρθοσκοπικῶς.

Διακρίνομεν τρία στάδια έξελίξεως :

α) Καταρροϊκὸν στάδιον: βλεννογόνος υπεραϊμικός, οίδηματώδης, πεπαχυσμένος. Αἱ ἀλλοιώσεις δὲν ἐπεκτείνονται εἰς βάθος, πέραν τοῦ ὑποβλεννογονίου μυϊκοῦ χιτῶνος.

β) Προ-ελκωτικὸν στάδιον: Ταχύτατα, ἐντὸς 2 ἢ 3 ἡμερῶν, ἐπὶ τοῦ ἐξερυθρου καὶ οἰδηματώδους βλεννογόνου ἐμφανίζονται ζῶνα νεκρωτικά, προοίμιον τῶν ἐλκώσεων (ξηραὶ ἐσχάραι τῶν Quetsch καὶ Kiener). Ἡ ἐπεξεργασία αὕτη ἐπεκτείνεται εἰς βάθος, μὲ ἔκδηλον διήθησιν τοῦ ὑποβλεννογονίου χιτῶνος.

γ) Ἐλκωτικὸν στάδιον: ἐξελκώσεις τοῦ βλεννογόνου, σχετικῶς ἐπιπολῆς, μὲ χεῖλη μὴ ἀποκεκολλημένα, χωριζόμενα ἀλλήλων ὑπὸ νεκρωθέντος ἢ ἐξελισσομένου πρὸς τὴν νέκρωσιν βλεννογόνου. Γενικῶς ὁ μεταξὺ δύο ἐλκώσεων βλεννογόνος δὲν εἶναι ὕγιης. Αἱ ἐξελκώσεις αὗται ἐπεκτείνονται κατ' ἐπιφάνειαν καὶ συνεννοῦνται σχηματίζουσαι εἶδος γεωγραφικοῦ χάρτου. Ἐὰν δὲν ἐφαρμοσθῇ ἐγκαίρως ἡ δέουσα θεραπεία, τότε ἐπεκτείνονται εἰς βάθος, μέχρι καὶ τοῦ μυϊκοῦ χιτῶνος, ἀκόμη καὶ πέραν τούτου, ὅποτε δύνανται νὰ προκαλέσουν διάτρησιν.

Εἰς τὰς βαρείας, γαγγραινώδεις μορφάς, ἀποβάλλονται τεμάχια βλεννογόνου ἐν σφακελώσει. Εἶναι ἐπίσης δυνατόν νὰ προκληθῇ διάβρωσις ἀπογυμνωθέντων μεγάλων ἀγγείων, μὲ ἀποτέλεσμα σοβαρὰς αἰμορραγίας.

Εἰς τὰς ὑποξείας ἢ χρονίας μορφάς παρατηροῦνται μικραὶ, ἐπιπολῆς ἐξελκώσεις ἐκ ρήξεως μικρῶν ἀποστημάτων τῶν ἀδένων τοῦ Lieberkühli, πιθανὴ πηγὴ βακτηριδίων τῶν περισσοτέρων φορέων.

Μικροβιολογία. Πολλὰ προσπάθειαι ἔχουν καταβληθῆ κατὰ τὰ τελευταῖα ἔτη διὰ τὴν ταξινομήσιν καὶ ὑποδιαίρεσιν τῶν διαφόρων βακτηριδίων τῆς δυσεντερίας.

Καὶ τοῦτο, διότι μετὰ κάθε σημαντικὴν ἐπιδημίαν ἀνακαλύπτονται νέα τοιαῦτα, διαφέροντα τῶν ἤδη γνωστῶν, ὅσον ἀφορᾷ τὰς συγκολλήσεις καὶ βιοχημικὰς ιδιότητας.

Ὡς ἐκ τούτου δὲν ὑπάρχει διεθνῶς ἀνεγνωρισμένη ταξινομήσις τοῦ γένους *Shigella*. Τὸ 1949 ὁ Ewing, βασιζόμενος κυρίως ἐπὶ τῶν ἐργασιῶν τοῦ Boyd (1948), προέβη εἰς τὴν κάτωθι ταξινομήσιν, τὴν ὁποίαν καὶ παραθέτομεν εἰς τὴν ἐπομένην σελίδα.

Ἡ ὁμάς Α περιλαμβάνει τὰ βακτηρίδια ἅτινα δὲν προκαλοῦν ζύμωσιν τοῦ μαννίτου καὶ τῆς λακτόζης.

Αἱ ὁμάδες Β καὶ Γ τὰ προκαλοῦντα ζύμωσιν τοῦ μαννίτου, οὐχὶ ὅμως τῆς λακτόζης. Ἡ ὁμάς Δ τὰ προκαλοῦντα βραδεῖαν ζύμωσιν τῆς λακτόζης.

Γενικῶς, τὸ βακτηρίδιον τῆς δυσεντερίας εἶναι εἰς μικροοργανισμὸς βραχύς, ἀκίνητος, Gram ἀρνητικός (—). Δὲν σχηματίζει σπόρους, ὕγραποιεὶ τὴν ζελατίνην καὶ προκαλεῖ ζύμωσιν ὠρισμένων ὕδατανθράκων, ἄνευ σχηματισμοῦ ἀερίων, ἐξαιρέσει τοῦ βακτηριδίου

Γένος *Shigella*

Κατά Ewing	Προγενέστερα όνομασία
<p>Όμας Α</p> <p><i>Shigella dysenteriae</i></p> <p>I II III IV V VI VII</p>	<p>Shiga Schmitz, Ambigua Q 771 της ομάδος Large-Sachs Q 1167 » » » » Q 1030 » » » » Q 454 » » » » Q 902 » » » »</p>
<p>Όμας Β</p> <p><i>Shigella Flexneri</i></p> <p>I II III IV V VI</p>	<p>Flexner V και Flexner Vz, Flexner W, Flexner Wx, Flexner X, Flexner Y, Flexner Z. Boyd 103 Boyd P. 119 Boyd 88, βακτηρίδιον Newcastle και Manchester</p>
<p>Όμας Γ</p> <p><i>Shigella Boydii</i></p> <p>I II III IV V VI VII</p>	<p>Boyd I, Boyd 170 Boyd II, Boyd P. 288 Boyd III, Boyd D. 1 Boyd IV Boyd P. 274 Boyd V Boyd P. 143 Boyd VI Boyd D. 19 <i>Shigella Etousae</i></p>
<p>Όμας Δ</p> <p><i>Shigella Sonnei</i> <i>Shigella Dispar I</i></p>	<p>B. Sonne — Duval</p>
<p>Όμας Ε</p> <p><i>Shigella Alkalescens</i></p>	

Newcastle. Ὡς ἐκ τούτου ταξινομοῦν ταῦτα καὶ ἀναλόγως τῆς ἐπιδράσεώς των εἰς :

1) Μὴ προκαλοῦντα ζυμώσεις τοῦ μαννίτου (Shiga), ἅτινα καὶ σχηματίζουν ἀνομοιογενῆ ὁμάδα.

2) Τὰ προκαλοῦντα ζυμώσεις τοῦ μαννίτου (Flexner, Strong, Hiss, Russell Y, Sonne—Dunal), ὁμάς ὁμοιογενῆς.

Τὸ βακτηρίδιον τύπου Shiga—Kruse προκαλεῖ βαρυτέρας μορφῆς δυσεντερίαν ἢ τὸ τύπου Flexner. Ἡ δυσεντερία τύπου Sonne—Dunal δὲν δύναται νὰ διαχωρισθῇ κλινικῶς τῶν δυσεντεριῶν τῶν προκαλουμένων ἀπὸ τὰ ἄλλα βακτηρίδια. Ἐὰν καὶ προσβάλλει κυρίως παιδιὰ κάτω τῶν δέκα ἐτῶν, τελευταίως αὐξάνει εἰς συχνότητα καὶ εἰς τοὺς ἐνήλικας, δημιουργοῦσα ποικίλας κλινικὰς εἰκόνας, ἀσυμπτωματικὰς, ἡπίας, ἀλλὰ καὶ μορφὰς βαρείας. Ἡ δυσεντερία αὕτη προσλαμβάνει καὶ ἐπιδημικὴν μορφήν, ὁπότε καὶ τὴν ὑποπτεύεται τις, δεδομένου ὅτι ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ἐκλαμβάνεται ὡς μίᾳ ἀπλῇ κολίτις.

Παλαιότερον ἐπεκράτει ἄλλη ταξινόμησις, βασιζομένη ὅχι μόνον ἐπὶ τῶν ἰδίων χαρακτήρων τῶν βακτηριδίων ὅσον ἀφορᾷ τὴν δράσιν των ἐπὶ ὠρισμένων ὕδατανθράκων, ἀλλὰ καὶ τῆς τοξικότητός των.

Ἐχομεν οὕτω τὴν ἑξῆς ταξινόμησιν :

1) *Shigella dysenteriae*: Βακτηρίδιον παράγον συγχρόνως ἑξωτοξίνην καὶ ἐνδοτοξίνην. Αἱ τοξίνοι, ἐνιέμεναι εἰς κοιλίους, προκαλοῦν βλάβας τοῦ κεντρικοῦ νευρικοῦ συστήματος, διάρροϊαν καὶ θάνατον. Τὸ τοξικώτερον ὄλων εἶναι τὸ βακτηρ. τοῦ Shiga, εἰς τοῦτο δὲ καὶ ὀφείλονται συνήθως αἱ βαρείας μορφῆς ἐπιδημίαι τῶν τροπικῶν χωρῶν, ἀλλὰ καὶ αἱ παρατηρούμεναι εἰς ἄλλα κλίματα.

2) *Shigella paradysenteriae*: Περιλαμβάνει τὰ βακτηρίδια Flexner, Strong, Hiss, Boyd κλπ., ὀλιγώτερον τοξικά τοῦ προηγουμένου, προκαλοῦντα δυσεντερίας ἡπιωτέρας μορφῆς.

3) *Shigella Sonnei*: Περιλαμβάνει τὰ βακτηρίδια Sonne, Dunal, κλπ. Αἱ δυσεντερίαι τοῦ τύπου τούτου εἶναι ἔτι ἡπιωτέρας μορφῆς, ἂν καὶ ἐνίοτε ἀνθίστανται εἰς τὴν θεραπείαν.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΩΝ

Ἡ βακτηριδικὴ δυσεντερία ὑποδέεται ποικίλῃν κλινικῶν μορφῶν, ἰδίως ἀπὸ ἀπόψεως βαρύτητος. Αὗται ὁμως ἐξαρτῶνται καὶ ἐκ διαφορῶν ἐπιδημιῶν ἢ σποραδικῶν περιπτώσεων. Κατὰ τὰς ἐπιδημίας προσλαμβάνει ὀξεῖαν μορφήν, διαγιγνώσκεται εὐχερέστερον, ἢ

ἔγκαιρος διαπίστωσις θά προλάβῃ, χάρις εἰς τὴν ταχεῖαν θεραπείαν, τὰς ἀνεπανορθώτους βλάβας τοῦ ἐντερικοῦ βλεννογόνου.

Ἐ π ῶ σ ι ς : Βραχεῖα, συνήθως 2—3 ἡμερῶν, ἐνίοτε βραχυτέρα ἕως 10 ὥρων, ἀλλὰ καὶ μιᾶς ἑβδομάδος.

Εἰ σ β ο λ ῆ : Συνήθως αἰφνιδια. Ὁ ἄρρωστος παραπονεῖται δι' ὀξείας πόνους κατὰ τὴν κοιλίαν, ἐν εἶδει κωλικῶν, εἰς τοὺς δύο ἱλιακοὺς βόθρους καὶ κατὰ μῆκος τοῦ ἐγκαρσίου. Οἱ πόνοι οὗτοι συνοδεύονται ὑπὸ γενικῆς κακουχίας καὶ ὑψηλοῦ πυρετοῦ 40°C.

Ταχύτατα, ἐντὸς 24 ὥρων τὸ βραδύτερον, ἐμφανίζονται αἱ διαρροϊκαὶ κενώσεις καὶ ὁ τεινεσμός.

Ἐχομεν οὕτω τὸ πλέον τυπικὸν δυσεντερικὸν σύνδρομον (βλ. σ. 80).

— Ὁ ἀριθμὸς τῶν κενώσεων ποικίλλει ἀπὸ 10 ἕως 60 εἰς τὸ 24ωρον χωρὶς ἢ συνεχῆς, οὕτως εἰπεῖν, ἀφόδευσις αὕτη ν' ἀνακουφίζῃ τὸν ἄρρωστον ἐκ τῶν πόνων. Αἱ κενώσεις αὗται περιέχουν ἐλάχιστα κόπρανα, ἀποτελοῦνται δὲ κυρίως ἀπὸ βλένναν καὶ αἷμα, εἶναι δὲ συστάσεως πηκτωματώδους. Κάθε τοιαύτη κένωσις εἶναι ἀσημάντου ποσότητος, συνίσταται δὲ εἰς τὴν ἀποβολὴν αἱματηρᾶς βλέννης, ὅπως τὸ πύελον κατὰ μίαν πνευμονίαν. Μετὰ πάροδον 3 ἢ 4 ἡμερῶν ἡ κένωσις ἀποτελεῖται κυρίως ἀπὸ πύον μὲ ὀλίγον αἷμα, τὸ ὁποῖον δύναται καὶ νὰ ἐλλείπῃ τελείως εἰς τινὰς περιπτώσεις, χωρὶς τοῦτο ν' ἀποκλείῃ τὴν διάγνωσιν τῆς βακτηριδικῆς δυσεντερίας.

— Οἱ πόνοι ἐπέρχονται ὡς παροξυντικοὶ κωλικοί, μετὰ τεινεσμοῦ καὶ αἰσθήματος ψευδοῦς ἀφοδεύσεως. Ἐδράζονται κυρίως κατὰ μῆκος τοῦ κατιόντος—σιγμοειδοῦς, ἡ δὲ ἀποβολὴ μικρᾶς ποσότητος βλεννο-αἱματηρῶν κοπράνων ἐλάχιστα ἀνακουφίζει τὸν ἄρρωστον, ὅστις βασανίζεται ἐπὶ πλέον ἀπὸ τὸ συνεχὲς αἰσθημα ψευδοῦς ἀφοδεύσεως.

— Τὰ γενικὰ συμπτώματα ἐκφράζουν τὴν βαρεῖαν κατάστασιν: πρόσωπον γαιῶδες, μεγάλη καταβολὴ τῶν δυνάμεων, φαινόμενα ἀφυδατώσεως μὲ γλώσσαν ξηράν, ὀλιγουρίαν, παρατηροῦνται δὲ τετανικοὶ σπασμοὶ καὶ μυαλγία. Ὁ σφυγμὸς εἶναι μικρὸς καὶ ταχύς, ἡ ἀρτηριακὴ πίεσις λίαν χαμηλὴ, ἡ θερμοκρασία κυμαίνεται περὶ τοὺς 37⁵—40°, πυρετὸς ὑφέσιμος ἢ διαλείπων. Ἡ ἐπιμονὴ τοῦ πυρετοῦ εἰς ἀναρρωνύοντα ἄτομα ἐρμηνεύει ἐπελθούσας σημαντικὰς βλάβας τοῦ ἐντερικοῦ βλεννογόνου.

Ἡ ἐξέτασις τοῦ ἄρρώστου εἶναι δυσχερῆς, διότι εὐαίσθητος ὢν φοβεῖται τὴν ψηλάφησιν. Ἡ κοιλία εἶναι λίαν ἐπώδυνος, ἐνίοτε συν-

εσπασμένη, διαγράφεται δέ πολλάκις τὸ σχοινοειδές κόλον, ἰδίως ἀριστερά.

Εἰς ὅλας αὐτάς τὰς περιπτώσεις, προκειμένου ἰδίως περὶ ἀρρώστου προερχομένου ἐκ τροπικῶν κλιμάτων, θ' ἀναζητηθῆ ἢ πιθανῆ συνύπαρξις μιᾶς ἀμοιβαδικῆς δυσεντερίας.

Ἰσχυρῶς συγγραφέων ὑποστηρίζεται, ὅτι ἀπὸ τὰς κλινικὰς διαφορὰς ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἐκδήλωσιν τῆς νόσου εἶναι δυνατόν νὰ χαρακτηρισθῆ μία δυσεντερία καὶ νὰ διαχωρισθῆ ἄλλης ὀφειλομένης εἰς διάφορον βακτηρίδιον.

Οὕτως, ἢ εἰς τὸ βακτηρίδιον Flexner ὀφειλομένη δυσεντερία εἰσβάλλει ὀξέως, μετὰ συγχρόνου ὑψηλοῦ πυρετοῦ, εἶναι ὅμως βραχείας διαρκείας, συγχρόνως δὲ ἢ εὐθύς ἀμέσως ἐμφανίζονται καὶ αἱ πολλοὶ τὸν ἀριθμὸν βλενο - αιματηραὶ κενώσεις. Κατὰ τὴν εἰσβολὴν ἐπίσης τῆς νόσου παρατηροῦνται ρίγος καὶ ἔμετοι, διαρκεῖ δὲ ἡ περίοδος αὕτη ἐπὶ μίαν ἑβδομάδα.

Εἰς τὰς δυσεντερίας τύπου Shiga ἢ εἰσβολὴ εἶναι ἡπιωτέρα, ἐπιδεινοῦται ὅμως ἐντὸς ἐλαχίστων ἡμερῶν. Ὁ πυρετὸς διαρκεῖ περισσότερο, ἢ γενικὴ κατάστασις εἶναι σοβαρωτέρα ὡς καὶ ἡ πρόγνωσις, λόγῳ διαταραχῆς τῶν ἠλεκτρολυτῶν καὶ τῆς τοξιναιμίας.

ΚΛΙΝΙΚΑΙ ΜΟΡΦΑΙ

Ἡ κλινικὴ εἰκὼν τῆς βακτηριδικῆς δυσεντερίας ποικίλει ἀναλόγως τῶν ἐπιδημιῶν καὶ τοῦ παθογόνου μικρο - οργανισμοῦ. Δυνατὸν οὕτω νὰ ἐκδηλωθῆ ὡς ἡπία, ὀξεῖα, κεραυνοβόλος, ὑποτροπιάζουσα, ἀλλὰ καὶ χρονία.

1. Ἡπία μορφαί. Ὁφείλονται κυρίως εἰς τὸ βακτηρίδιον Flexner καὶ εἶναι ἀπύρετοι. Ὁ ἀριθμὸς τῶν κενώσεων ἀνέρχεται εἰς 6 ἕως 8 ἡμερησίως, περιέχουν δὲ αὐταὶ βλένναν καὶ αἷμα εἰς μικρὰν ποσότητα. Αἱ ἄλλαι κλινικαὶ ἐκδηλώσεις εἶναι μετρίαι ἐντάσεως. Ἡ νόσος δὲν παρατείνεται πέραν τῶν 3 ἢ 4 ἡμερῶν, ὅπωςδήποτε δὲ μετὰ μίαν ἑβδομάδα ὁ ἄρρωστος εἰσέρχεται εἰς τὸ στάδιον τῆς ἀναρρώσεως.

2. Ὁξεῖα μορφή. Χαρακτηρίζεται ἀπὸ τὴν ἀπότομον, ἐντὸς ὀλίγων ὥρων, εἰσβολὴν, τὴν ὑψηλὴν θερμοκρασίαν, τὸ ὀξύ κλινικὸν σύνδρομον καὶ τὰς βιοχημικὰς διαταραχὰς.

Ἡ γενικὴ κατάστασις εἶναι βαρεῖα. Ἡ τοξιναιμία ἐκδηλος, ἢ ἀφυδάτωσις ἐκσεσημασμένη, ὁ δὲ ἄρρωστος παρουσιάζει τετανικοὺς ἀσπασμούς, διανοητικὴν σύγχυσιν καὶ ἐλαφρὸν παραλήρημα. Ὁ ἀριθμὸς τῶν κενώσεων, ἐξαιρετικὰ σημαντικὸς, ἀνέρχεται εἰς 100 ἢ

200 κατά 24ωρον, με αίμα, βλένναν, διαρκοῦν δὲ οὕτως ἐπὶ δύο τοῦλάχιστον ἑβδομάδας. Ὁ τεινεσμός εἶναι συνεχῆς, ἐντονώτερος τὴν νύκτα, συνοδευόμενος καὶ ὑπὸ δυσουρίας. Ἡ γλώσσα ἐπίχριστος, ξηρά, ὁ σφυγμός ταχύς, ἡ ἀρτηριακὴ πίεσις λίαν χαμηλή.

Ἡ διάρκεια τῆς βαρείας ταύτης μορφῆς ὑπερβαίνει τὰς τρεῖς ἑβδομάδας. Κατὰ τὴν ἀκμὴν τῆς νόσου ὁ ἄρρωστος παρουσιάζει τυπικὴν εἰκόνα: ἀνήσυχος, κάμπει συνεχῶς τοὺς μηροὺς πρὸς τὴν κοιλίαν ἢ συσπᾶ τοὺς κοιλιακοὺς μῦς. Ἀρνεῖται κάθε τροφήν, διότι αὕτη αὐξάνει τὸν ἀριθμὸν τῶν κενώσεων. Ὁ ὕπνος του διακόπτεται ἀπὸ τὸν συνεχῆ τεινεσμόν. Τὸ δέρμα του εἶναι ξηρόν, κατὰ δὲ τὴν ψηλάφησιν ἡ κοιλία εἶναι λίαν ἐπώδυνος.

Ἡ βελτίωσις ἐπέρχεται προοδευτικῶς, μετὰ πάροδον δέκα περίπου ἡμερῶν, με ἐπάνοδον τῆς ὀρέξεως, με προοδευτικὴν πῶσιν τοῦ πυρετοῦ. Τὰ διαρροϊκὰ φαινόμενα ἐν τούτοις ἐπιμένουν καὶ πέραν τῶν τριῶν ἑβδομάδων, ὅποτε ἐγκαθίσταται ἡ δυσκοιλιότης.

Κατὰ τὰς ὀξείας ταύτας μορφὰς παρατηροῦνται καὶ αἱ διάφοροι διαταραχαὶ τῶν ἠλεκτρολυτῶν, με κυριωτέραν τὴν ὑποχλωρραιμίαν, πλασματικὴν καὶ τῶν αἰμοσφαιρίων. Αὕτη ὀφείλεται εἰς μεγάλας ἀπώλειας χλωρίου λόγῳ τῶν ἐμέτων, κυρίως ὁμῶς λόγῳ τῶν πολλῶν διαρροϊκῶν κενώσεων.

Ἡ φυσιολογικὴ σχέσις πλασματικοῦ χλωρίου καὶ αἰμοσφαιρίων (0,50) δὲν διαταράσσεται, ἐφ' ὅσον ὑπάρχει παράλληλος ἀπώλεια καὶ τῶν δύο. Ἡ ἀλκαλικὴ παρακαταθήκη αὐξάνει, φθάνουσα τοὺς 80 ὄγκους. Παρατηρεῖται ἐπίσης μεγάλη ἐλάττωσις τῶν χλωριούχων οὐρῶν καὶ αὐξησις τῆς οὐρίας ἐν τῷ αἵματι, ἄνευ παρεγχυματικῆς νεφρικῆς βλάβης. Πρόκειται περὶ ἐξω-νεφρικῆς ἀζωθαιμίας, ἥτις ὑποχωρεῖ ταχύτατα ἅμα τῇ χορηγήσει ὑπερτόνου διαλύματος φυσιολογικοῦ ὄρου. Παρατηρεῖται ἐπίσης μείωσις τῶν πρωτεϊνῶν, τοῦ φωσφόρου καὶ τοῦ ἀσβεστίου. Κατὰ δὲ τὸν Brulé, ἡ συνήθης ἐλάττωσις τῆς σχέσεως $\frac{Na}{K}$ τῶν οὐρῶν καὶ τῆς σχέσεως $\frac{Na}{Cl}$ εἶναι ἀποτέλεσμα ἀποσυνθέσεως τῶν ἰστών. Τὸ K ἀπεκρίνεται ἀφθόνως διὰ τῶν οὐρῶν, ἐνῶ τὸ Na κατακρατεῖται εἰς τοὺς ἰστούς. Τὰ δὲ οἰδήματα, ἅτινα παρατηροῦνται ἐνίοτε εἰς τὰς καταστάσεις ταύτας, ἀποδίδονται εἰς τὴν κινητοποίησιν τοῦ Na.

3. Κεραυνοβόλος μορφῆ. Βαρυτάτης προγνώσεως, περιλαμβάνει δύο ομάδας: τὴν χολερικὴν καὶ τὴν γαγγραινώδη.

— Ἡ χολερικὴ μορφῆ, μᾶλλον σπανία, ὁμοιάζει κλινικῶς πρὸς τὴν χολέραν. Ἡ εἰσβολὴ τῆς εἶναι ἀπότομος, συνοδευομένη ἀπὸ ἐμέτους καὶ φαινόμενα collapsus. Τὸ πρόσωπον τοῦ

άρρώστου προσλαμβάνει την χαρακτηριστική δψιν τοῦ «Ἴπποκρατείου προσωπείου». Ἡ θερμοκρασία εἶναι φυσιολογική, ὁ σφυγμὸς μικρὸς, ταχύς, νηματοειδής, ἡ γλῶσσα ξηρά, τὰ δὲ ψυχρὰ ἄκρα ἐμφανίζουν τετανικοὺς σπασμούς. Ἡ ἀφυδάτωσις ἐπέρχεται ταχύτατα. Αἱ ἀρχικαὶ κενώσεις, ἄφθονοὶ καὶ ὕδαρεῖς, ὁμοιάζουσι μὲ τὰς τῆς χολέρας, ἀλλάσσουν ταχύτατα δψιν, καθιστάμενοι σκοτεινοχρωμότεροι λόγῳ τοῦ περιεχομένου αἵματος. Ὁ θάνατος ἐπέρχεται συνήθως ἐντὸς τριῶν ἡμερῶν. Μερικοὶ ἐκ τῶν ἀρρώστων τούτων παρουσιάζουν βελτίωσιν, ἀλλὰ μετὰ δύο ἢ τρεῖς ἑβδομάδας ἀποθνήσκουν αἰφνιδίως.

— Ἡ γαγγραινώδης μορφή εἶναι ἐξαιρετικῶς βαρεῖα. Ἐκδηλοῦται τὴν 5ην ἢ 6ην ἡμέραν τῆς ἐξελίξεως μιᾶς κοινῆς δυσεντερίας, ἀλλὰ καὶ αἰφνιδίως διὰ ρίγους, κεφαλαλγίας, ἐμέτων. Ἡ ἀρχικὴ ταχυσφυγμία μεταπίπτει εἰς βραδυσφυγμίαν, μὲ σφυγμὸν ἀδύνατον καὶ πτώσιν τῆς συστολικῆς πίεσεως μέχρι καὶ 5. Οἱ κωλικοὶ τοῦ ἐντέρου καὶ ὁ τεινεσμὸς προσλαμβάνουν ἐξαιρετικὴν ἔντασιν. Τὰ κόπρανα ὁμοιάζουν ἀρχικῶς μὲ ἀποπλύματα κρέατος, σὺν τῷ χρόνῳ δὲ μεταβάλλονται εἰς ὑγρὸν χροιάς βαθέως φαιᾶς, περιέχον ἀποσυντεθὲν αἷμα ὡς καὶ τεμάχια ἐντερικοῦ βλεννογόνου ἐν νεκρώσει, βαθέως πρασίνης χροιάς. Αἱ μορφαὶ αὗται, κατὰ τὸν Dorfer, ὀφείλονται εἰς ἐπιμόλυνσιν ὑπὸ ἀναεροβίων μικροβίων.

4. Ἡ ὑποτροπιάζουσα μορφή. Παρατηρεῖται ὁσάκις μιᾶ ὀξεῖα τοιαύτη ὑπεβλήθη εἰς ἀτελεῖ θεραπευτικὴν ἀγωγὴν. Χαρακτηρίζεται ἀπὸ δυσεντερικὰς κενώσεις, ἐπερχομένας περιοδικῶς, ἐπηρεαζομένας δὲ ἀπὸ ποικίλους παράγοντας, ὡς ἡ σωματικὴ κόπωση, αἱ καιρικαὶ μεταβολαί, κ.ο.κ. Ἄρκετὰ συχνὰ ἐξελίσσονται πρὸς τὴν ἐπομένην μορφήν.

5. Ἡ χρονία μορφή. Κατὰ ταύτην ἡ διαρροϊκὴ κατάστασις εἶναι χρονία μὲ ἐξάρσεις καὶ περιοδικὰς βλεννο-αιματηρὰς κενώσεις. Οἱ κωλικοὶ τοῦ ἐντέρου εἶναι ἀβληχροί, ὁ δὲ τεινεσμὸς συνήθως ἀπουσιάζει. Αἱ συχναὶ ὁμως ὑποτροπαὶ ἐπηρεάζουν τὴν συνήθως ἀπουσιάζει. Αἱ συχναὶ ὁμως ὑποτροπαὶ ἐπηρεάζουν τὴν γενικὴν κατάστασιν τοῦ ἀρρώστου, ὅποτε ἀκολουθοῦν ἡ ἀπίσχαν-γεις, ἡ ὑποπρωτεΐναιμία, τὰ οἰδήματα. Χάρις εἰς τὰ σημερινὰ θεραπευτικὰ μέσα ἡ μορφή αὕτη σπανίζει, ἀρκετὰ δὲ συχνὰ συγχέεται μὲ τὴν αἱμορραγικὴν ὀρθο-κολίτιδα.

6. Δυσεντερία τύπου Sonne. Εἶναι ἡ πλέον συχνὴ ἐνδημικὴ βακτηριδικὴ δυσεντερία. Λόγῳ τῶν ἀβληχρῶν κλινικῶν ἐκδηλώσεων καὶ τῆς βραχείας ἐξελίξεώς της παραγνωρίζεται συνήθως, χαρακτηριζομένη ὡς «τροφικὴ δηλητηρίασις». Εἰ-

ναι ὅμως ἐξαιρετικά ἐπικίνδυνος, διότι οὕτως ἐπιμολύνονται πολλά συγχρόνως ἄτομα, τότε δὲ μόνον στρέφεται ἡ προσοχή πρὸς τὴν ὀρθὴν αἰτιολογικὴν διάγνωσιν.

ΑΤΥΠΟΙ ΜΟΡΦΑΙ

Ἡ ἐξέλιξις τῆς βακτηριδικῆς δυσεντερίας ὑποδέεται μορφὰς τοιαύτας, αἱ ὁποῖαι οὐδόλως ὑπενθυμίζουν τὴν γνωστὴν κλασσικὴν δυσεντερίαν.

Τοῦτο ὀφείλεται εἰς τὸ ὅτι, σὺν τῷ χρόνῳ, ἀπὸ βαρείας νόσου τῶν τροπικῶν χώρων μεταπίπτει εἰς ἡπίαν τοιαύτην εἰς τὰ πλέον εὐκρατά κλίματα. Λόγῳ ὅμως συχνῶν μεταδόσεων εἰς διαφόρους πληθυσμούς, ἡ ἀναπροσαρμογὴ καὶ αἱ ἐκδηλώσεις τῆς εἰς χώρας θεωρουμένης παρθένους ἀπὸ ἀπόψεως τοιαύτης μολύνσεως ὑποδύονται μορφὰς τελείως ἀτύπους.

α) Μορφὴ ὑποδυομένη σκωληκοειδίτιδα: Πόνοι κατὰ τὸν δεξιὸν λαγόνιον βόθρον, ἔμετοι, πυρετὸς 38°—40°. Ἄρκετά συχνά τῶν φαινομένων τούτων προηγεῖται ἀνορεξία, κόπωση, κεφαλαλγία.

Κατὰ τὴν ψηλάφησιν παρατηρεῖται σχετικὴ ἀντίστασις κατὰ τὸ σημεῖον Mc Burney, ὡς ἐπίσης σημαντικὸν εὔρημα, συνηγοροῦν ὑπὲρ τῆς δυσεντερίας, ὡσάκις ὑπάρχει: ἡ τελικὴ μοῖρα τοῦ εἰλεοῦ εἶναι συνεσπασμένη, σχοινοειδῆς, ὡς ἐπίσης καὶ τὸ σιγμοειδές. Ὑπὲρ τῆς δυσεντερίας συνηγορεῖ καὶ ἡ συνύπαρξις ἢ μίᾳ προηγηθεῖσα διαρροϊκὴ κατάστασις μετὰ βλεννῶν καὶ αἵματος. Δυνατὸν ὅμως, τὸ διαρροϊκὸν τοῦτο σύνδρομον νὰ ἐμφανισθῇ τὴν ἐπομένην τοῦ ὄξεος ἐπεισοδίου τοῦ δεξιοῦ λαγονίου βόθρου. "Ἄλλοτε πάλιν τὰ ὑπενθυμίζοντα τὴν ὄξειαν σκωληκοειδίτιδα σημεῖα ἐκδηλοῦνται τὴν 6ην ἢ 7ην ἡμέραν, ὁπότε τὰ διαρροϊκὰ φαινόμενα ἔχουν ὑποχωρήσει. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς, συνήθως, ὁ ἀριθμὸς τῶν λευκῶν εἶναι φυσιολογικὸς ἢ καὶ ἡλαττωμένος. Μολαταῦτα τίθεται ἡ διάγνωσις σκωληκοειδίτιδος καὶ ὁ ἄρρωστος χειρουργεῖται. Κατὰ τὴν διάνοξιν ἢ σκωληκοειδῆς ἀπόφυσις εἶναι φυσιολογικὴ, δὲν φλεγμαίνει, ὑπάρχει ὅμως διόγκωσις τῶν ἀδένων τοῦ μεσεντερίου καὶ σαφῆς φλεγμονὴ τῆς τελικῆς μοίρας τοῦ εἰλεοῦ ὡς καὶ τοῦ παρακειμένου κόλου: τὸ ἔντερον εἶναι ἐξέρυθρον, διηρυσμένον, οἰδηματώδες καὶ πεπαχυσμένον, μετὰ διατάσιν τῶν τοπικῶν ἀγγείων. Κάθε ἐπέμβασις ἀπαγορεύεται διὰ τὸν κίνδυνον τῆς περιτονίτιδος, ἢ δὲ ἐκτομὴ τῆς σκωληκοειδοῦς ἀκολουθεῖται συνήθως ὑπὸ κοπροχόου συριγγίου.

β) Μηνιγγιτικὴ μορφὴ. Τὰ κλινικὰ συμπτώματα ὀδη-

γούν πρὸς τὴν διάγνωσιν τῆς μηνιγγίτιδος: ἔντονοι κεφαλαλγίαι, ἔμετοι, σπασμοί, ὑψηλὰ, ἀκαμψία τοῦ αὐχένου, σημεῖα Koening, Brudzinski. Τὸ ἐγκεφαλονωτιαῖον ὑγρὸν ὁμῶς εἶναι διαυγές, μὲ κυτταρολογικὸν τύπον καὶ συστατικά φυσιολογικά, αἱ δὲ καλλιέργειαι ἀποβαίνουν ἀρνητικαί.

Τὸ μηνιγγιτικὸν τοῦτο σύνδρομον παρατηρήθη εἰς ποσοστὸν 13% κατὰ μίαν ἐπιδημίαν δυσεντερίας τύπου Flexner ἐν Ἀμερικῇ τὸ 1934, ἀπεδόθη δὲ εἰς μόλυνσιν ὑπὸ εἰδικοῦ νευροτρόπου βακτηριδίου Flexner, ὅπερ καὶ παρήγαγε τὴν ἐξωτοξίνην, τὴν περιγραφεῖσαν διὰ τὸ βακτηρ. Shiga. Εἰς ἀπάσας αὐτὰς τὰς περιπτώσεις μαζί μὲ τὸ μηνιγγιτικὸν σύνδρομον ἐξεδηλώθη καὶ ἔρπης περιρρινικός καὶ τῶν χειλέων, διαρκέσας 7 ἕως 10 ἡμέρας, ἐνῶ ἀπουσίαζεν εἰς τοὺς ἄλλους ἀρρώστους τοὺς μὴ παρουσιάσαντας μηνιγγιτικὸν σύνδρομον. Αἱ ἐκ τῶν μηνιγγίων ἐκδηλώσεις διακοῦν 24 ἕως 72 ὥρας, ὅποτε ἀντικαθίστανται ὑπὸ τοῦ τυπικοῦ δυσεντερικοῦ συνδρόμου.

γ) Τοξικὴ οὐδετεροπενικὴ μορφή. Εἰς τὰς δυσεντερίας τύπου Sonne—Dunai ἡ λευκοπενία εἶναι συχνὸν εὔρημα. Εἰς τινὰς ὁμῶς περιπτώσεις ὀξείας κεραυνοβόλου δυσεντερίας παρατηρεῖται μία τοξικὴ οὐδετεροπενία, ἣτις μετὰ πάροδον πέντε ἑβδομάδων καταλήγει εἰς τὸν θάνατον. Ὁ ἀριθμὸς τῶν λευκῶν κατέρχεται κάτω τῶν 1000, τὰ δὲ κοκκίωδη εἰς ἀναλογίαν 2—10% μὲ τοξικὰς ἀλλοιώσεις.

Κλινικῶς ἡ μορφή αὕτη ἐκδηλοῦται ὑπὸ ἐκσεσημασμένου βλενο-αιματηροῦ διαρροϊκοῦ συνδρόμου, μετὰ κωλικοῦ τοῦ ἐντέρου, τεινεσμοῦ καὶ γενικῆς βυθιότητος, ἥτοι μὲ εἰκόνα τοξιναιμίας. Ἡ κοιλία εἶναι λιαν διατεταμένη, μὲ ἐλαφρὰν ἀντίστασιν τῶν τοιχωμάτων, ὁ σφυγμὸς ταχύς, τὸ δέρμα ξηρὸν, ἡ ἀφυδάτωσις ἐκσεσημασμένη, ὁ δὲ πυρετὸς κυμαίνεται περὶ τῶν 39°C.

δ) Πνευμονικὴ μορφή. Εἰς τὰ ὑπὸ δυσεντερίας τύπου Sonne—Dunai προσβληθέντα παιδιὰ ἀναφέρεται ἡ συνύπαρξις λεμφαδενίτιδος τοῦ μεσεντερίου καὶ ἐκδηλώσεων ἐκ τῶν πνευμόνων. Εἰς τοὺς ἐνήλικας, τοὺς παρουσιάζοντας πνευμονικὰ φαινόμενα, ἡ δυσεντερία εἶναι συνήθως τύπου Flexner.

Τῶν πνευμονικῶν ἐκδηλώσεων προηγεῖται κατὰ 24 ἢ 48 ὥρας ἐν πρόδρομον στάδιον, διαγιγνωσκόμενον συνήθως ὡς γρίπη καὶ χαρακτηριζόμενον ὑπὸ κακουχίας, κεφαλαλγίας, ἀνορεξίας, ναυτίας καὶ διαχύτων μυαλιῶν. Ἐπακολουθεῖ ρίγος καὶ ἀπότομος ἀνόψωσις τῆς θερμοκρασίας εἰς τοὺς 40°—41°. Ὁ ἄρρωστος περιπίπτει εἰς βυθιότητα, ὁ σφυγμὸς ἐπιταχύνεται καὶ ἐμφανίζεται ξη-

ρός βήξ. Αί παρειαι εἶναι ἐρυθραί, κατὰ δὲ τὴν ἀκρόασιν διαπιστοῦται ἡ ὕπαρξις λεπτῶν ρόγχων καὶ μετὰ τὸν βήχα. Ἡ εἰκὼν αὕτη ὑπενθυμίζει τὴν λοβιδώδη πνευμονίαν, εἰς τινὰς δὲ περιπτώσεις διεπιστώθη καὶ ἀκτινολογικῶς σκιά πυκνώσεως, διαμέτρου 10 ἐκ. εἰς τὸν ἕνα πνεύμονα.

Ἡ κλινικὴ αὕτη εἰκὼν μεταβάλλεται ταχύτατα, ἐντὸς 24 ὥρων, τ' ἀκροαστικὰ εὐρήματα ὑποχωροῦν, ὁ ἄρρωστος παραπονεῖται διὰ κωλικούς τοῦ ἐντέρου, αἱ κενώσεις περιέχουν βλένναν καὶ αἷμα, ὁ δὲ ἀριθμὸς τῶν ἀνέρχεται εἰς 10 ἕως 30 ἡμερησίως μετὰ τεινεσμοῦ. Τότε πίπτει καὶ ἡ θερμοκρασία, ἡ δὲ δυσεντερία ἐξελίσσεται ὡς συνήθως.

Ἐξέλιξις. Αἱ παρ' ἡμῖν ἀπαντώσαι δυσεντεριαὶ εἶναι μέσης ἐντάσεως, μὲ πρόγνωσιν καὶ ἐξέλιξιν εὐνοϊκὴν. Ἡ ἴασις ἐπέρχεται ἐντὸς δύο ἢ τριῶν ἐβδομάδων, προαναγγέλλει δὲ ταύτην ἡ μεταβολὴ τῶν κενώσεων. Συνήθως προηγοῦνται χολώδεις τοιαῦται καὶ ἔπονται αἱ φυσιολογικαί. Ἡ θερμοκρασία πίπτει προοδευτικῶς, αἱ ἐφιδρώσεις εἶναι ἄφθονοι, ἐμφανίζεται πολυουρία. Εἰς ὅλας αὐτάς τὰς περιπτώσεις θὰ πρέπη νὰ φοβούμεθα τὰς ἀρκετὰ συχνὰς ὑποτροπὰς, αἵτινες δύνανται νὰ καταλήξουν εἰς τὰς ὑποτροπιαζούσας μορφάς, σπανιώτερον εἰς τὰς χρονίας. Ὑπενθυμιζομεν τέλος, ὅτι ἡ βαρύτερα ὄλων εἶναι ἡ δυσεντερία τύπου Shiga.

Ἐπιπλοκαί. Ἡ βακτηριδικὴ δυσεντερία προκαλεῖ ἐξω-εντερικὰς ἐπιπλοκάς, ὀφειλομένας εἰς τοξικὰς ἀπορροφήσεις καὶ δευτεροπαθεῖς ἀβιταμινώσεις. Μεταξὺ τούτων σημειώνομεν τὰ ἀποστήματα διαφόρων ὀργάνων, ὅπως σπληνός, ἥπατος, καθὼς καὶ τὰ περιπρωκτικά. Ἐχουν σημειωθῆ ἐπίσης διάφοροι διαταραχαὶ τῶν ἠλεκτρολυτῶν, μυοκαρδίτις, νεφρίτις, ὡς καὶ νευρίτις.

Ἐξ ὄλων ὁμως τῶν ἐπιπλοκῶν ἡ πλέον ἐνδιαφέρουσα εἶναι ἡ λεγομένη **δυσεντερικὴ ἀρθρίτις**, ἣτις ἐκδηλοῦται κατὰ τὰς ὀξείας καὶ χρονίας μορφὰς τῆς δυσεντερίας. Ὅταν δὲ ἡ ἀρθρίτις αὕτη συνοδεύεται καὶ ἀπὸ ἐτέρας δύο ἐπιπλοκάς, τὴν **ἐπιπεφυκίτιδα** καὶ τὴν **οὐρηθρίτιδα**, δημιουργεῖ μίαν τριάδα, παθογνωμονικὴν τῆς βακτηριδικῆς δυσεντερίας.

Ἡ **ἀρθρίτις** αὕτη ὁμοιάζει μὲ τὴν γονοκοκκικὴν, ἡ δὲ συχνότης τῆς ποικίλλει ἀναλόγως τῶν ἐπιδημιῶν. Ἀναφέρεται ὡς παρατηρουμένη κυρίως κατὰ τὴν λοίμωξιν διὰ Shiga, ἂν καὶ ὁ Felsen τὴν συνήνησεν ἀρκετὰ συχνὰ εἰς δυσεντερίας τύπου Flexner καὶ σποραδικῶς εἰς τὰς Sonne—Dunal.

Ἐκδηλοῦται συνήθως τὴν εἰκοστὴν ἡμέραν μιᾶς δυσεντερικῆς λοίμωξεως, ἄλλοτε ὁμως καὶ τρεῖς μῆνας μετὰ τὴν εἰσβολὴν. Ἡ

είσβολή εἶναι ἀπότομος, ἐκδηλοῦται δὲ διὰ πυρετοῦ καὶ διογκώσεως μιᾶς ἢ καὶ περισσοτέρων συγχρόνως ἀρθρώσεων. Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον καταλαμβάνει ἐκλεκτικῶς τὸ γόνυ, τοὺς ἀγκῶνας, τοὺς ὤμους καὶ ἐν συνεχείᾳ τὰς μικροτέρας ἀρθρώσεις. Ἀπὸ τῆς μιᾶς ἀρθρώσεως μεταπηδᾷ εἰς ἄλλην. Ἀρκετὰ συχνὰ συνυπάρχει καὶ ὕδραρθρος ἐπῶδυνος, ἐμπύρετος, μὲ διάχυτον ἐρυθρότητα τοῦ δέρματος. Ἡ ἀρθρωσις παραμένει ἀκίνητος. Οἱ πόνοι ἐντοπίζονται παρὰ τὰς προσφύσεις τῶν μυῶν. Τὸ ὄρωδες ὑγρὸν εἶναι στεῖρον, δίδει ὅμως συγκολλήσεις ὑψηλοτέρου τίτλου ἀπὸ τὰς τοῦ ὄρου τοῦ αὐτοῦ ἀτόμου.

Ἡ ἐξέλιξις τῶν ἀρθροπαθειῶν αὐτῶν εἶναι μακρά, ἢ δὲ ἴσως πλήρης. Ὁσάκις παρατείνεται, δημιουργεῖ διαγνωστικὰ προβλήματα μὲ τὸν λευκὸν ὄγκον τοῦ γόνατος, μὲ τὴν χρονίαν ἐξελικτικὴν πολυαρθρίτιδα, μὲ διαφόρους ἐμπυρέτους λοιμῶδεις ρευματισμούς, μὲ τὴν γονοκοκκικὴν ἀρθρίτιδα, μὲ τὴν νόσον τοῦ Bouillaud. Τὸ στεῖρον ὑγρὸν, ἢ ἀπουσία καρδιακῶν ἐπιπλοκῶν, σαφῶν ἀκτινολογικῶν ἀλλοιώσεων τῶν ὀστέων, ἢ ὕπαρξις τοῦ δυσεντερικοῦ συνδρόμου, πάντα ταῦτα συνηγοροῦν ὑπὲρ τῆς βακτηριδικῆς αἰτιολογίας, ἣτις ἐνισχύεται ἔτι περισσότερο ἀπὸ τὴν οὐρηθρίτις καὶ ἢ ἐπιπεφυκίτις (τριάς τοῦ Reiter).

ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ

Εἰς περίπτωσιν ἐπιδημίας μεγάλης ἐκτάσεως, ἀλλὰ καὶ περιωρισμένης τοιαύτης, σκέπτεται τις τὴν βακτηριδικὴν δυσεντερίαν καὶ τὴν διαγιγνώσκει. Εἰς περίπτωσιν σποραδικῶν κρουσμάτων αὕτη διαγιγνώσκεται σπανίως, ἐκδηλουμένη δὲ δι' ἡπίων κλινικῶν φαινομένων χαρακτηρίζεται συνήθως ὡς τ ρ ο φ ι κ ῆ ῥ η λ η τ η ρ ί σ ι ς.

Ἡ διάγνωσις θά βασισθῇ ἐπὶ τῆς κλινικῆς εἰκόνης, τῆς ἐξετάσεως τῶν κοπράνων, τῆς ὀρθοσκοπήσεως.

— Κ λ ι ν ι κ ῆ ῥ η λ η τ η ρ ί σ ι ς. Εἰς τὰς ὀξείας περιπτώσεις τὸ ἔντονον δυσεντερικὸν σύνδρομον μὲ τὰς πολλὰς εἰς ἀριθμὸν κενώσεις κατὰ τὸ 24ωρον, μὲ τὴν σύστασιν τούτων, ὅτε τὰ κόπρανα οὐσιαστικῶς ἀπουσιάζουν, αὐταὶ δὲ περιέχουν μόνον βλένναν καὶ αἷμα, μὲ τὸν τεινεσμόν, τὸ αἶσθημα ψευδοῦς ἀφοδεύσεως, τὴν βαρεῖαν γενικὴν κατάστασιν, θέτουν ἀσφαλῶς τὴν διάγνωσιν. Εἰς τὰς ὑποξείας καὶ ἡπίας μορφὰς ἢ διάγνωσις στρέφεται περὶ τὴν ἀμοιβάδωσιν, τὴν αἱμορραγικὴν κολίτιδα, τὸν καρκίνον τοῦ ὄρθου, τὴν πολυποδίασιν κ. ο. κ.

— Ἐξέτασις τῶν κοπράνων. Αὕτη ἐπιβεβαιοῖ τὴν

δήποτε άλλης επίδημίας, τὴν ἔκτασιν τῆς ὁποίας θὰ πρέπει νὰ περι-
ορίσωμεν.

Πρὸς τοῦτο θὰ ἀπομονωθοῦν οἱ πάσχοντες, θ' ἀπολυμανθοῦν αἱ κλῖναι, τ' ἀντικείμενα ἀτομικῆς χρήσεως. Σχολαστικὴ καθαρὴ-
της τῶν χειρῶν τοῦ νοσηλευτικοῦ καὶ ὑπηρετικοῦ προσωπικοῦ.
Ἐξόντωσις τῶν μυιῶν καὶ προφύλαξις ἀπὸ ταύτας ὄλων τῶν τρο-
φῶν. Προληπτικὴ χορήγησις σουλφογουανιδίνης ἅμα τῇ ἐκδηλώσει
διαρροϊκῶν φαινομένων.

Θεραπευτικὴ ἀγωγή Ἀνάπαυσις, ἐξασφάλισις τῶν
ἀπαραιτῶν θερμίδων καὶ βιταμινῶν. Ἐπανόρθωσις τῶν διαταρα-
χῶν τῶν ἠλεκτρολυτῶν, αἵτινες ἐπισυμβαίνουν καὶ εἰς τὰς χρονί-
μορφάς. Ἐκτὸς τῆς ὑποχλωραιμίας, θὰ ἐρευνηθῇ καὶ ἡ πιθανὴ ὑπο-
καλιαιμία μετὰ τῶν ἠλεκτροκαρδιογραφικῶν διαταραχῶν τῆς.

Πρὸς τοῦτο θὰ χορηγηθῇ ἐνδοφλεβίως ἰσότονον διάλυμα σακ-
χαροῦχοῦ ὄρου, ἐντὸς τοῦ ὁποίου ἀναμιγνύεται ὑπέρτονον διάλυμα
ἀλατούχοῦ ὄρου 20%, εἰς ποσότητα 20 — 40 κ. ἐκ. Εἰς περίπτωσιν
ὑποκαλιαιμίας χορηγοῦμεν ἀπὸ τοῦ στόματος 2—4 γρ. χλωριούχοῦ
καλίου ἡμερησίως.

Εἰς τὰς βαρείας ἐπίσης περιπτώσεις, ἀλλὰ καὶ εἰς τὰς παρατει-
νομένας χρονίαις, ἡ μετάγγισις αἵματος προσφέρει ἀνεκτιμήτους
ὑπηρεσίας, ἂν καὶ σχετικῶς βραχείας διαρκείας, δι' ἣ καὶ πρέπει
νὰ ἐπαναλαμβάνεται.

Εἰς τὰς ὑπερπυρετικὰς καὶ χολερικὰς μορφάς ἐνδείκνυται ἡ χο-
ρήγησις ἀδρεναλίνης, Doca, ἐν ἀνάγκῃ καὶ αὐτῆς τῆς οὐαμπαίνης.

Εἰς τὰς λίαν ἐπωδύνους μορφάς ἐνδείκνυται ἡ χορήγησις ὀπι-
ούχων.

Ἡ θεραπευτικὴ ὁμως ἀγωγή μετετράπη ἄρδην ἀφ' ἧς ἐποχῆς
ἐφηρμόσθη ἡ διὰ τῶν σουλφοναμιδῶν θεραπεία. Ἡ δρᾶσις των εἶναι
σαφῆς ἐφ' ὄλων τῶν βακτηριδίων τῆς δυσεντερίας. Ἀρχικῶς ἐχρη-
σιμοποιήθη ἡ σουλφογουανιδίνη, ἐν συνεχείᾳ ἡ σουλφασουξιδίνη καὶ
ἡ σουλφαθαλαδίνη. Ἡ ἡμερησία δόσις κυμαίνεται ἀπὸ 6 ἕως 8 γραμ-
μαρίων εἰς τρεῖς δόσεις. Τὰς ἐπομένας ἡμέρας δυνάμεθα νὰ
μειώσωμεν εἰς 4—5 γρ. μέχρις ἐξαλείψεως τῶν διαρροϊκῶν φαινομέ-
νων. Ἡ δυσεντερία τύπου Sonne φαίνεται ὅτι ἐπηρεάζεται περισ-
σότερον ἀπὸ τὴν σουλφαδιαζίνην.

Ὅσον ἀφορᾷ τὰ βιοθεραπευτικὰ, ἡ χρῆσις των εἶναι μᾶλλον
περιορισμένη, ἐὰν δὲν θέλωμεν νὰ χορηγῶμεν ταῦτα εἰκῆ καὶ
ὡς ἔτυχεν. Ἐν ἐναντίᾳ περιπτώσει θὰ πρέπει νὰ μελετηθῇ, ἀφοῦ
ἀπομονωθῇ, ἡ εὐαισθησία τοῦ βακτηριδίου εἰς ἕκαστον βιοθεραπευ-

τικόν, ὁπότε καὶ θὰ ἐπιτύχωμεν ἀποτελέσματα. Οὕτως εἰς τὴν ἡπίαν δυσεντερίαν τύπου Sonne δρᾶ εὐνοϊκῶς ἡ χλωραμφενικόλη. Εἰς ὅλας αὐτάς τὰς περιπτώσεις θὰ προηγηθῆ ἡ χορήγησις σουλφογουανιδίνης, ἐφ' ὅσον ἡ ἀπάντησις τοῦ ἐργαστηρίου θ' ἀπαιτήσῃ τρεῖς τοῦλάχιστον ἡμέρας. Θὰ ἔχωμεν ἐπίσης ὑπ' ὄψιν, ὅτι τὰ βιοθεραπευτικὰ ταῦτα προκαλοῦν ἀβιταμινώσεις, ἀλλὰ καὶ δημιουργοῦν διαρροίας σοβαρᾶς μορφῆς, λόγῳ καταστροφῆς τῆς φυσιολογικῆς χλωρίδος τοῦ ἐντέρου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝ Ε΄

ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN

(ΚΑΤΑ ΧΩΡΑΣ ENTERITIS)

Τὸ 1932 οἱ Ἀμερικανοὶ Crohn, Ginsburg καὶ Oppenheimer περιέγραψαν μίαν κλινικὴν καὶ παθολογοανατομικὴν ὄντοτητα, χαρακτηριζομένην κλινικῶς μὲν ἀπὸ φαινόμενα ὀξείας ἢ χρονίας ἐντερίτιδος ἐξελισσομένης εἰς διάφορα στάδια, ἀνατομικῶς δὲ ἐκ τῆς συνήθους ἐντοπίσεως τῶν ιστολογικῶν ἀλλοιώσεων ἐπὶ τῆς τελικῆς μοίρας τοῦ εἰλεοῦ.

Σὺν τῷ χρόνῳ ὅμως ἀπεδείχθη, ὅτι ἡ νόσος αὕτη δύναται νὰ ἐντοπισθῇ ἐκλεκτικῶς ἐπὶ οἰασθῆποτε μοίρας τοῦ λεπτοῦ ἐντέρου, ἀλλὰ καὶ εἰς πολλὰς συγχρόνως, αἵτινες χωρίζονται ἀλλήλων ὑπὸ ὕγιους ἐντέρου, ὡς καὶ ἐπὶ αὐτοῦ τούτου τοῦ παχέος ἐντέρου. Ὡς ἐκ τούτου ὁ ὄρος «τελικὴ εἰλεΐτις», ὡς μὴ ἀντιπροσωπεύων τὴν μόνην ἐντόπισιν, ἀντικατεστάθη ὑπὸ τοῦ πλέον γενικοῦ «κατὰ χώρας ἐντερίτις» (Regional ileitis).

Ἱστορικόν. Ἐάν τὸ 1932 ὁ Crohn μετὰ τῶν συνεργατῶν του περιέγραψαν πλήρως, ἰδίως κλινικῶς, τὴν κατὰ χώρας ἐντερίτιδα, συνήθως τελικὴν, καὶ διεχώρισαν αὐτὴν τῶν ἄλλων φλεγμονῶν τοῦ λεπτοῦ, ἰδίως ἀπὸ τὴν φυματίωσιν, ἄλλοι πρὸ αὐτοῦ εἶχον ἤδη προβῆ εἰς σποραδικὰς ἀνακοινώσεις.

Ἡ πρώτη, κατὰ πᾶσαν πιθανότητα, παρατήρησις ὀφείλεται εἰς τοὺς Ἀγγλοὺς Combe καὶ Saunders, οἵτινες τὸ 1806 ἀνεκοίνωσαν μίαν «μοναδικὴν περίπτωσιν στενώσεως καὶ ὑπερτροφίας τοῦ εἰλεοῦ», κατὰ τὴν ὁποίαν «ἡ τελικὴ μοῖρα τούτου ὡς καὶ τὸ κόλον ἦσαν ἐστενωμένα ἐπὶ μήκους τριῶν ποδῶν». Τὸ 1828 ὁ Abercrombie δημοσιεύει δύο ἀναλόγους περιπτώσεις, τὸ δὲ 1895 ὁ E. Quenu, ὑπὸ τὸ ὄνομα «παρα-σκληροειδίτις», περιγράφει παθολογοανατομικὰς ἀλλοιώσεις ἐντετοπισμένας ἐπὶ τοῦ εἰλεοῦ, τῆς εἰλεο-τυφλικῆς βαλβίδος καὶ τοῦ τυφλοῦ. Τὸ 1900 ὁ Albarann ἐν Γαλλίᾳ, ὁ Braun ἐν Γερμανίᾳ, παρατηροῦν βλάβας ἐκ λοιμώξεως τῆς τελικῆς μοίρας τοῦ εἰλεοῦ. Τὸ 1907 οἱ Mounihan καὶ Mayo-Robson μελετοῦν κλινικῶς καὶ ιστολογικῶς τοὺς φλεγμονώδεις ὄγκους τοῦ λεπτοῦ, ὁ δὲ Lécène, τὸ 1911, ἀνευρίσκει εἰς ἄρρωστον, ἀποβιώσαντα ἐκ περιτονίτιδος, διάχυτον λεμφοζίαδακὴν ἐντερίτιδα.

Ἐν Γερμανίᾳ ὁ Dalziel ἐδημοσίευσεν ὀκτὼ περιπτώσεις «χρονίας ἐνδια-

μέσου έντερίτιδος», ἀποκλίνων ὑπὲρ τῆς λοιμώδους αἰτιολογίας, κυρίως ὁμοῦ διεχώρισε ταύτην τῆς φυματιώσεως τοῦ ἐντέρου.

Οἱ Mokowitz καὶ Wilensky περιέγραψαν τὸ 1923 «ἐν κοκκίωμα τοῦ ἐντέρου φύσεως μὴ εἰδικῆς», τὸ ὁποῖον διαχωρίζουν καὶ οὗτοι τῆς φυματιώσεως.

Τὸ 1932, ὡς εἴπομεν, ὁ Crohn μετὰ τῶν συνεργατῶν του περιγράφει τὴν νόσον ὑπὸ τὸν τίτλον «έντερίτις κατὰ χώρας» (Regional ileitis) τόσον πλήρως κλινικῶς, ὥστε ἐλάχιστα δύναται τις νὰ προσθέσῃ σήμερον. Ἀρχικῶς ὁ Crohn ἐπίστευεν, ὅτι αἱ ἀλλοιώσεις τοῦ εἰλεοῦ ἀπετέλουν διάφορον ὀντότητα τοῦ κοκκιώματος τοῦ κόλου, τὸ δὲ 1936 δημοσιεύει ἐννέα περιπτώσεις εἰλεϊτιδος συνοδευομένης καὶ ὑπὸ κολίτιδος. Διηλεκρύνει οὕτως ἕνα ἐκ τῶν θεμελιωδῶν χαρακτήρων τῆς έντερίτιδος ταύτης: τὴν δυνατότητα πολλαπλῶν προσβολῶν ἐπὶ τοῦ λεπτοῦ καὶ τοῦ κόλου. Τοιοῦτοτρόπως ὁ ὅρος «τελικὴ εἰλεϊτις», ὅστις ὑποδηλοῖ μόνον τὴν πλέον συχνὴν ἐντόπισιν, δὲν ἀντιπροσωπεύει τὴν πραγματικότητα, ἐφ' ὅσον αἱ ἀλλοιώσεις αὗται δυνατόν νὰ προσβάλουν ἁλόκληρον τὸ έντερον ἀπὸ τῆς νήσιδος μέχρι καὶ τοῦ σιγμοειδοῦς.

Ἡ ἀκτινολογικὴ εἰκὼν τῆς έντερίτιδος ταύτης περιεγράφη τὸ 1934 ὑπὸ τοῦ Kantor.

Ἀπὸ τῆς ἐποχῆς τοῦ Crohn ἐδημοσιεύθησαν πλεῖστα ὅσα ἐργασία ἀφορῶσι τὴν νόσον ταύτην, ὅπως ἡ τῶν Warren καὶ Sommers, εἰς δὲ τὴν Γαλλίαν ἀσχολοῦνται μὲ ταύτην οἱ Figarella καὶ Jean, ὁ Jourde, ὁ Racht, ὁ Hillemand κλπ.

Παραλλήλως πρὸς τὰς ἀνατομο-κλινικὰς ἐργασίας ἐρευνᾶται καὶ ἡ αἰτιο-παθογένεια τῆς νόσου καὶ ἐπακολουθοῦν διάφοροι πειραματικὰ ἔρευ-ναί. Ἀπὸ τοῦ 1936 ὁ Felsen ὑποστηρίζει τὸν λοιμώδη παράγοντα καὶ ἀπο-δίδει αἰτιολογικὰς σχέσεις εἰς τὸ βακτηρίδιον τῆς δυσεντερίας, ἐνῶ οἱ διδὲ αἰτιολογικὰς σχέσεις εἰς τὸ βακτηρίδιον τῆς δυσεντερίας, ἐνῶ οἱ Reichert καὶ Mathis προκαλοῦν οἴδημα τοῦ ἐντέρου κατόπιν σκληρυντικῶν ἐνεσέων τῶν λεμφατικῶν τοῦ μεσεντερίου. Κατὰ τὴν αὐτὴν ἐποχὴν ὁ Mixer ὑποστηρίζει, ὅτι τὸ πρωτοπαθὲς σημεῖον ἐξ οὗ ἐκκινεῖ ἡ έντερίτις αὕτη εἶναι μία ἐστιακὴ λοίμωξις τῆς σκωληκοειδοῦς. Τὸ 1950 ὁ Chess, προ-αὕτη εἶναι μία ἐστιακὴ λοίμωξις τῆς σκωληκοειδοῦς. Τὸ 1950 ὁ Chess, προ-αὕτη εἶναι μία ἐστιακὴ λοίμωξις τῆς σκωληκοειδοῦς. Τὸ 1950 ὁ Chess, προ-αὕτη εἶναι μία ἐστιακὴ λοίμωξις τῆς σκωληκοειδοῦς. Τὸ 1950 ὁ Chess, προ-αὕτη εἶναι μία ἐστιακὴ λοίμωξις τῆς σκωληκοειδοῦς. Τέλος προσφάτως οἱ Racht καὶ Busson ὑποστηρίζουν ἴδιαν ἄποψιν.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

Ἐντόπισις. Ἡ νόσος ἄρχεται κατὰ προτίμησιν παρὰ τὴν εἰλεο-τυφλικὴν βαλβίδα καὶ ἐπεκτείνεται πρὸς τὰ ἄνω, κατὰ μῆκος τοῦ εἰλεοῦ καὶ εἰς ποικίλην ἀπόστασιν. Συνήθως προσβάλλεται μοῖρα μῆκους 20—30 ἐκ., ἐνίοτε 5 ἐκ., συνηθέστερον 50—100 ἐκ. καὶ πλέον (Crohn). Εἰς σπανιωτέρας μορφὰς ἁλόκληρος ὁ εἰλεὸς καὶ ἡ κατω-τέρα μοῖρα τῆς νήσιδος δυνατόν νὰ προσβληθοῦν, εἰς τινὰς δὲ πε-ριπτώσεις καὶ αὐτὸ τὸ 12δάκτυλον. Δυνατόν ὁμοῦ, εὐτυχῶς σπα-νίως λόγω τῶν χειρουργικῶν δυσχερειῶν, νὰ προσβληθῇ μόνον ἡ νήσις καὶ ἡ ἄνω μοῖρα τοῦ εἰλεοῦ.

Ἐπί 650 περιπτώσεων ὁ Γάλλος Jourde ἀνευρίσκει τὰς ἐντοπίσεις διαμοιραζομένας ὡς ἑξῆς:

— Ὁ εἰλεὸς εἶναι ὁ συχνότερον προσβαλλόμενος:

Τελικὴ μοῖρα: 58%.

Τελικὴ μοῖρα+σκωληκοειδῆς: 5%.

Εἰλεὸς πλὴν τελικῆς μοίρας: 9%.

— Αἱ συνδεδυασμένοι προσβολαὶ εἰλεοῦ καὶ ἐτέρας μοίρας τοῦ πεπτικοῦ σωλήνος δὲν εἶναι σπάνια:

Εἰλεὸς+τυφλόν: 7%.

Εἰλεὸς+τυφλόν+σκωληκοειδῆς: 4%.

Εἰλεὸς+άνιον κόλον: 6%.

Εἰλεὸς+νῆστις: 2%.

— Αἱ μεμονωμένοι ἐντοπίσεις, αἱ μὴ προσβάλλουσαι τὸν εἰλεόν, εἶναι πλέον σπάνια:

Νῆστις: 3%.

Σιγμοειδῆς+ἐγκάρσιον: 0,20%.

Ὅσακις ἡ ἐντόπισις ἀφορᾷ μόνον τὸ κόλον, τὸ ἐγκάρσιον εἶναι τὸ συνηθέστερον προσβαλλόμενον. Παρατηροῦνται ἐξ ἄλλου ἐντοπίσεις τῆς νόσου ἐπὶ διαφόρων μοιρῶν τοῦ λεπτοῦ ἐντέρου, χωριζόμενα ἀλλήλων ὑπὸ ἄλλων ἀπολύτως ὕγιων (skip lesions).

Ἐκ τῶν ὡς ἄνω ἀριθμῶν προκύπτει, ὅτι ἡ νόσος ἐντοπίζεται κυρίως ἐπὶ τοῦ λεπτοῦ ἐντέρου καὶ συχνότερον ἐπὶ τῆς τελικῆς μοίρας τούτου, ἐξ οὗ καὶ ἡ πρώτη ὀνομασία «τελικὴ εἰλεΐτις», ἣτις ἐν συνεχείᾳ ἀντικατεστάθη ὑπὸ τοῦ γενικωτέρου ὄρου «ἐντερΐτις κατὰ χώρας». Οἱ Rachel καὶ Busson προτείνουν τὸν ἀνατομικὸν ὀρισμὸν: «ἐντερΐτις ἢ λεμφοζιδιακὴ καὶ κατὰ τμήματα ἐντεροκολΐτις». (Enterite ou entero—colite folliculaire et segmentaire).

Μακροσκοπικὴ καὶ ἱστολογικὴ εἰκῶν. α) Ὁ ξεῖτα φάσις. Ἡ μακροσκοπικὴ εἰκῶν ποικίλλει ἀναλόγως τοῦ σταδίου ἐξελιξέως τῆς νόσου. Κατὰ τὴν ὀξείαν φάσιν, ὁπότε καὶ χειρουργεῖται ἐκλαμβανομένη ὡς ὀξεία σκωληκοειδίτις, ἡ μακροσκοπικὴ ὄψις τῆς μεταβάλλει τὴν τοιαύτην διάγνωσιν.

Κατὰ τὴν διάνοξιν τῆς κοιλίας παρατηρεῖται ἐνίοτε ἡ ὑπαρξίς ὀρώδους ὕγραυ. Ἡ νοσοῦσα ἔλιξ εἶναι ὑπαιμική, συμφορητικὴ, χροιας βαθέως ἐρυθρᾶς. Ὁ ὄγκος τῆς εἶναι τριπλάσιος ἢ τετραπλάσιος τοῦ τῆς ὕγιου ἐλικος. Αἱ ὑπορογόνιοι αἱμορραγαίαι καὶ αἱ πετέχειαι δὲν εἶναι σταθερὸν εὑρημα. Ἐνίοτε τὴν ἐπιφάνειαν τοῦ νοσοῦντος ἐντέρου καλύπτει μερικῶς ἰνώδες ἐπίστρωμα. Κατὰ τὴν ψηλάφησιν ἡ ἔλιξ αὕτη εἶναι οἰδηματώδης, ἄκαμπτος καὶ σκληρᾶς συστάσεως.

Τὸ μῆκος τῆς προσβληθείσης μοίρας εἶναι συνήθως 20—40 ἐκ.

ένιότε όμως περισσότερο. Τὰ ὄρια μεταξύ νοσούσης καὶ ὑγιοῦς μοίρας τοῦ ἐντέρου εἶναι σαφῆ. Τὸ μέγεθος, τὸ χρῶμα, ἡ ἐλαστικότητα τοῦ συνεχιζομένου ἐντέρου εἶναι ἀπολύτως φυσιολογικά.

Τὸ ἀντίστοιχον μεσεντέριον συμμετέχει πάντοτε εἰς τὴν παθολογικὴν ταύτην ἐπεξεργασίαν. Εἶναι οἰδηματώδες, πεπαχυσμένον, φλεγμαίνει, ἐκ δὲ τῆς ἐπιφανείας του φαίνεται ὡς νὰ ἀναβλύζη ὑγρὸν. Χροιάς ἐρυθρᾶς, ένιότε κυανωτικῆς, περιλαμβάνει λεμφαδένους, οἵτινες ἔχουν διογκωθῆ καὶ τῶν ὁποίων ἡ διάμετρος ἐγγίζει τὰ 2 ἐκ. Δυνατὸν ἐπίσης νὰ παρατηρηθοῦν μεμονωμένοι τοιοῦτοι. Πρόκειται περὶ λεμφαδένων ὑποσκληρῶν, οἵτινες δὲν κλυδάζουν, δὲν διαπυοῦνται. Ὡς ἀπεδείχθη ἐπὶ τῶν ἐγχειρητικῶν παρασκευασμάτων, οἱ ὑπερτροφικοὶ οὔτοι ἀδένες ἀντιστοιχοῦν ἐπακριβῶς εἰς τὴν κλινικῶς λανθάνουσαν προσβολὴν τοῦ εἰλεοῦ ἢ τοῦ κόλου.

Ἰστολογικῶς αἱ ἀλλοιώσεις ἐδράζονται μόνον ἐντὸς τοῦ ὑποβλεννογονίου χιτῶνος. Ἡ πάχυνσις τοῦ ἐντερικοῦ τοιχώματος καὶ ἡ στένωσις τοῦ αὐλοῦ ὀφείλονται εἰς τὸ σημαντικὸν οἶδημα. Τὰ λεμφοζῖδια καὶ αἱ παῦρειαι πλάκες εἶναι πολυάριθμα, ὑπερτροφικά, μετὰ σημαντικῆς δικτυοενδοθηλιακῆς ἀντιδράσεως. Παρατηρεῖται ἐπίσης λευκοκυτταρική διήθησις ἐκ μονοπυρῆνων κυττάρων, πλασματοκυττάρων, λεμφοκυττάρων ὡς καὶ πολυάριθμα πολυμορφοπύρρηνα ἠωσινόφιλα.

Ἡ ἀγγειοδιαστολὴ ἀφορᾷ κυρίως τὰ αἰμοφόρα καὶ λεμφατικά ἀγγεῖα τοῦ ὑποβλεννογονίου χιτῶνος. Αἱ ἐνδιάμεσοι αἱμορραγία εἶναι συχναί. Παρὰ τὰς παῦρειους πλάκας ὁ βλεννογόνος εἶναι ἐξηλωμένος. Ἡ γαγγλιακὴ προσβολὴ συνίσταται εἰς ὀξεῖαν λεμφαδενίτιδα, μεθ' ὑπερπλασίας τῶν λεμφοζιδίων καὶ τῶν δικτυοκυττάρων. Ὑπάρχει φλεγμονὴ τῶν λεμφαγγείων τοῦ μεσεντερίου. Εἰς τὰ ὄρια τῶν ἀλλοιώσεων, αἵτινες τερματίζονται ἀποτόμως, σχεδὸν διὰ μιᾶς καθέτου γραμμῆς, τὸ ἱστολογικὸν παρασκεῦασμα δεικνύει, ὅτι τὸ ἐντερον εἶναι ἀπολύτως φυσιολογικόν. Ἡ ἀντίθεσις αὕτη εἶναι ἀξιοσημείωτος μεταξύ νοσούσης καὶ ὑγιοῦς μοίρας, ὅπου οὐδεμία ἐπέκτασις τῶν ἀλλοιώσεων παρατηρεῖται, οὐδὲ καὶ εἰς αὐτὸν τὸν ὑποβλεννογόνιον.

Αἱ βλάβαι τῆς νόσου τοῦ Crohn εἶναι ἐπομένως, κατὰ τὸ ἀρχικὸν στάδιον, φλεγμονώδεις μετ' ἀγγειακῶν φαινομένων, κυτταρικῆς διηθήσεως, οἰδήματος, ἐν συνδυασμῷ μετὰ μιᾶς λεμφοζιδιακῆς καὶ κατὰ χώρας ἐντερίτιδος. Ὁλόκληρον τὸ λεμφατικὸν σύστημα τοῦ ὑποβλεννογονίου χιτῶνος καὶ τοῦ ἀντιστοίχου μεσεντερίου ἔχει προσβληθῆ. Κατὰ τὸ στάδιον τοῦτο αἱ ἀλλοιώσεις αὗται παρουσιά-

ζουν τοῦτον τὸν χαρακτήρα, ὅστις ἐξηγεῖ ἓνα ἐκ τῶν τρόπων ἐξελιξεως τῆς νόσου: ἀνατάξιμοι, δυνάμεναι νὰ ἐξελιχθοῦν πρὸς τὴν πλήρη ἀνατομικὴν ἴασιν, ὡς τοῦτο ἔχει ἀποδειχθῆ εἰς λαπαροτομίας.

β) Ὑποξεία φάσις. Ἐπὶ παλαιότερων βλαβῶν παρατηροῦνται νεώτεροι ἀλλοιώσεις. Αἱ ἐξεγκώσεις εἶναι πολυαριθμότεραι, καλύπτονται δὲ ὑπὸ ἰνώδους ἐξιδρώματος. Ἐντὸς τοῦ ὑποβλεννογονίου παρατηρεῖται ὁ σχηματισμὸς συνδετικοῦ ἰστοῦ, ἐντὸς δὲ τοῦ ὑπορογονίου ἰστός συνδετικὸς καὶ λιπώδης. Ἡ ὑπερπλασία τοῦ λεμφαδενικοῦ ἰστοῦ τοῦ ἐντέρου καὶ ἡ λεμφαδενίτις τοῦ μεσεντερίου εἶναι σημαντικά. Ἀλλὰ καὶ κατὰ τὸ στάδιον τοῦτο αἱ ἀλλοιώσεις εἶναι ἀνατάξιμοι καὶ δύναται νὰ ἐπέλθῃ εἰσέτι ἡ ἀνατομικὴ ἴασις.

γ) Χρονία φάσις. Μετὰ διάφορον χρονικὸν διάστημα αἱ βλάβαι τῆς ὑποξείας φάσεως, ὡσάκις ἐπιμένουν, ὑπὸ τὴν ἐπίδρασιν τῆς σκληρύνσεως καὶ τῆς λοιμώξεως μεταβάλλονται, ἵνα καταλήξουν εἰς τὰς χαρακτηριστικὰς ἀλλοιώσεις τῆς χρονίας φάσεως.

Ἡ νοσοῦσα ἔλιξι ἐμφανίζεται πεπαχυσμένη, σκληρὰ ὡς χαρτόνιον, ἄκαμπτος, κατὰ ζῶνας δὲ ἔχει ἐξαφανισθῆ καὶ αὐτὸς ὁ ἐντερικὸς αὐλός. Ἐπὶ τῆς ἐπιφανείας ταύτης παρατηροῦνται, οὐχὶ ὁμοῦ σταθερῶς, μικρὰ κεγχροειδῆ ὀζίδια, ἅτινα διὰ γυμνοῦ ὀφθαλμοῦ φαίνονται ὅμοια πρὸς φυμάτια. Κατὰ τὴν χρονίαν ταύτην φάσιν χαρακτηριστικὴ τυγχάνει ἡ ἐπέκτασις τοῦ λίπους τοῦ μεσεντερίου πρὸς τὸν ὀρογόνον τοῦ ἐντέρου. Οὕτως, εἰς τὴν πλέον ἐστενωμένην μοῖραν τῆς, ἡ νοσοῦσα ἔλιξι δυνατόν νὰ περιτυλισσεται ὑπὸ λιπώδους ἰστοῦ. Συχνὰ τὸ ἐντερον εἶναι ὑπερθεν διατεταμένον καὶ πεπαχυσμένον. Τὸ μεσεντέριον εἶναι πεπαχυσμένον, πάχους πλέον τοῦ ἐνός ἑκατ., ἰνώδες καὶ συνέρρικνωμένον. Περιέχει διωγκωμένα λεμφογάγγλια. Τὰ ἀγγεῖα δὲν εἶναι πλέον ὀρατά, ἀλλὰ καὶ αἱ σφύξεις τῶν δυνατὸν νὰ μὴ γίνωνται πλέον ἀντιληπταί. Αἱ ἀλλοιώσεις αὗται εἶναι ὅμοιαι ἐπὶ τοῦ κόλου καὶ τοῦ λεπτοῦ.

Ἡ ἐπιμόλυνσις προκαλεῖ τὸν σχηματισμὸν ἐνδοτοιχωματικῶν ἢ ἐνδομεσεντερίων ἀποστημάτων, ἅτινα διανοίγονται ἐντὸς τοῦ ἐγκεκυστωμένου περιτοναίου ἢ καὶ παρακειμένων ὀργάνων, δημιουργοῦντα ἐσωτερικὰ συρίγγια μεταξὺ νοσοῦσης μοίρας καὶ εἰλεοῦ, σιγμοειδοῦς, τυφλοῦ, κύστεως, κόλου. Ἡ διαδρομὴ τοῦ ἐξωτερικοῦ συριγγίου δυνατόν νὰ εἶναι μακρὰ, ὅπως τὰ περιοριστικὰ καὶ περιπρωκτικὰ τοιαῦτα.

Κατὰ τὴν διανοίξιν τοῦ χειρουργικοῦ παρασκευάσματος θὰ παρατηρήσωμεν τρεῖς κυρίως ἀνατομικὰς ἀλλοιώσεις :

— Τὴν σημαντικὴν πάχυνσιν τοῦ ἐντερικοῦ τοιχώματος μετὰ στενώσεως τοῦ αὐλοῦ, δυναμένου νὰ καταλήξῃ μέχρις ἀποφράξεως. Ἡ πάχυνσις τοῦ τοιχώματος ἀφορᾷ κυρίως τὸν ὑποβλεννογόσιον χιτῶνα.

— Τὰς πολυαριθμοὺς ἐξεγκώσεις τοῦ βλεννογόνου, αἵτινες ἐδράζονται πρὸς τὴν μεσεντέριον παρυφὴν τοῦ ἐντέρου, παραλλήλως πρὸς τὸν ἄξονά του.

Ἡ ἐν τῷ ὑποβλεννογόνῳ πρωτοεμφανισθεῖσα ἰνώδης ἐπεξεργασία ἐπεκτείνεται πρὸς ὅλα τὰ τοιχώματα. Ἀργότερον ἡ μυϊκὴ στιβάς ὑπερτρέφεται, τὰ δὲ πλέγματα Meissner καὶ Auerbach εἶναι περισσότερο ἀνεπτυγμένα τοῦ φυσιολογικοῦ. Ἐπὶ τοῦ βλεννογόνου παρατηροῦνται ἐξεγκώσεις καλυπτόμεναι ὑπὸ στρώματος πεπηγότες ἰνώδους, τὰ δὲ ὑπολειπόμενα νησίδια ἐμφανίζουσι ψευδοπολυποδῶδη ὑπερπλασίαν.

Ἡ ἱστολογικὴ εἰκὼν τοῦ ὑποβλεννογόνου εἶναι ὅλως ἰδιόζουσα καὶ ἐπιβεβαιοῖ ἔτι περισσότερο τὴν ὄντητά της νόσου τοῦ Crohn. Ἡ λευκοκυτταρικὴ διήθησις ἐκ πολυμορφοπυρρήνων ἢ ωσινοφίλων καὶ οὐδετεροφίλων, ἐκ λεμφοκυττάρων ὡς καὶ ἢ λεμφαδενικὴ ὑπερτροφία συνδυάζονται μὲ σῖδημα ὀφειλόμενον εἰς ἀπόφραξιν τῶν λεμφαγγείων. Κυρίως ὁμοῦ παρατηροῦνται ἰδιαίτεροι κοκκιωματώδεις ἱστολογικοὶ σχηματισμοί. Οὗτοι ἀποτελοῦνται ἐξ ἐπιθηλιοειδῶν κυττάρων, ἰνοβλαστῶν, ὡς καὶ γιγαντοκυττάρων τύπου Langhans. Αἱ ἀλλοιώσεις αὗται ὁμοιάζουσι κατὰ πολὺ μὲ τὸ σαρκοειδὲς τῶν Besnier—Boeck—Schaumann καὶ πρὸς γνήσια φυμάτια. Δεδομένου ὅτι αἱ ἐντερικαὶ βλάβαι τῆς καλοήθους λεμφοκοκκιωματώσεως εἶναι σπάνιαι, τὸ διαγνωστικὸν πρόβλημα παραμένει μὲ τὸ τῆς φυματιώσεως. Δύο ἐπιχειρήματα ἐπιτρέπουσι τὸν διαχωρισμόν. Τὸ ἐν ἱστολογικόν: ἡ ἀπουσία τυροειδοποιήσεως. Τὸ ἕτερον μικροβιολογικόν: οὐδέποτε, δι' οἰασθῆποτε μεθόδου (χρῶσις, καλλιέργεια, ἐνοφθαλμισμὸς ἱστοῦ εἰς ἰνδύχοιρον) ἀπεκαλύφθη ἡ παρουσία τοῦ βακτηρίου τοῦ Koch.

Ὅσακις αἱ ἐντερικαὶ ἐξεγκώσεις εἶναι βαθεῖαι, ἡ δευτεροπαθὴς ὑποξεία λοίμωξις καλύπτει τὴν κοκκιωματῶδη ὄψιν καὶ ἐξαφανίζει τὰ γιγαντοκύτταρα, αἱ ἀλλοιώσεις ὁμοῦ τῶν γαγγλίων παραμένουσι χαρακτηριστικαί, μὲ τοὺς αὐτοὺς, ἐνίοτε πλέον τυπικοὺς, ἱστολογικοὺς χαρακτήρας τοῦ ὑποβλεννογόνου (Handfield).



Ὁ ἐκλεκτὸς συνάδελφος καὶ φίλος Ὑψηγητῆς κ. Ν. Παπαχαρλάμπους εἶχε τὴν καλωσύνην νὰ μᾶς παραχωρήσῃ ἀνέκδοτον εἰ-

σέτι περίπτωσίν του «κατά χώρας έντερίτιδος» πλήρως μελετηθεΐσαν από παθολογοανατομικής άπόψεως, τήν όποιαν και παραθέτομεν κατωτέρω :

Έπρόκειτο περί άνδρός ηλικίας 42 έτών, ύστις προσήλθεν εις τό Νοσ. «Έλλ. Έρ. Σταυρός» μέ διόγκωσιν τής κοιλίας και στενωτικά φαινόμενα έκ του έντέρου. Ή άκτινοσκόπησις απέδειξε στένωσιν του αύλου των κατωτέρων έντερικων έλικων του ειλεου, δι' ό και έχειρουργήθη (Μ. Μακκάς) και έξηρέθη εύμέγεθες τμήμα του λεπτού έντέρου μετά του συστοίχου προς αυτό τμήματος του μεσεντερίου.



Σχήμα 6.

Σχηματική αναπαράστασις των πολλων στενώσεων και πεπαχυσμένων μοιρών του τοιχώματος του λεπτού έντέρου (περίπτωσης Υψηγητού κ. Ν. Παπαχαραλάμπου).

Τό τμήμα τουτο του έντέρου, μήκους 1,70 μ. παρουσίαζεν έξ περιοχάς μήκους από 4—16 εκ., καθ' ός τό τοίχωμα είναι λιαν πεπαχυσμένον (0,5—1,5 εκ.) και συερρικνωμένον, ό δέ αύλός άρκούντως έστενωμένος, διαμέτρου 0,75—1,5 εκ. Αί έστενωμένα αυτά θέσεις έναλλάσσονται μετά διηυρυσμένων έντερικων τμημάτων ή τοιοούτων παρουσιαζόντων εύρος κανονικόν (μήκος 6—29 εκ.) (βλ. σχ. 6).

Κατά τήν έξωτερικήν έπιφάνειαν του έντέρου παρατηρεΐται λιαν άφθονος λιπώδης ιστός, όστις έχει άθροισθή ύπορογονίως κατέχων άμφότερα τά προσκειμενα προς τό μεσεντέριον τριτημόρια άμφοτέρωθεν — έκατέρωθεν τής ρίζης του μεσεντερίου — πλευρών τής έξωτερικής έπιφανείας του έντέρου και άποτελεΐ τρόπον τινά προέκτασιν του μεσεντερικού λίπους, ένώ τό έναντι τής προσφύσεως του μεσεντερίου τμήμα του τοιχώματος του έντέρου δέν παρουσιάζει άθροισιν λιπώδους ιστού. Ό ιστός ούτος ύπεγείρει τόν όρογόνον και σχηματίζει εύμεγέθεις έγκαρσίως φερομένας πτυχάς, αίτινες προσομοιάζουν προς έπιπλοϊκάς άποφύσεις. Τό έξαιρεθέν τμήμα του μεσεντερίου είναι, ώς έλέχθη, άρκούντως πεπαχυσμένον, κατά τόπους συερρικνωμένον, παρουσιάζει δέ ώσαύτως άφθονον λιπώδη ιστόν. (Εϊκων 15).

Ίστολογικώς κατά τός θέσεις παχύνσεως και στενώσεως του τοιχώματος του έντέρου παρατηρούνται πυκνάι διάχυτοι φλεγμονώδεις διηθήσεις, άποτελούμεναι κυρίως έκ λεμφοκυττάρων, πλασματοκυττάρων, κατά τόπους δέ και άρκετων πολυμορφοπυρήνων και δη ήωσινοφίλων λευκοκυττάρων. Αί διηθήσεις αύται κατέχουσι τό πάχος του βλεννογόνου και κυρίως του ύποβλεννογονίου χιτώνος, φέρονται δέ κατά τόπους διά μέσου των μυϊκών χιτώνων μέχρι του όρογόνου. Κατά τόν ύποβλεννογόνιον ίδίως χιτώνα παρατηρούνται εις τινας θέσεις έν μέσφ των άναφερθέντων φλεγμονωδών

στοιχείων γιγαντοκύτταρα του τύπου ξένων σωμάτων, ἐντὸς τῶν ὁποίων παρατηροῦνται κατὰ τόπους κενोटόπια καὶ φωτοθλαστική τις οὐσία. Εἰς τινὰς σπανίας θέσεις παρατηρεῖται περίεξ τῶν γιγαντοκυττάρων τούτων ἀνάπτυξις ἐπιθηλιοειδῶν κυττάρων, χωρὶς ὅμως ταῦτα νὰ εὐρίσκωνται κατ' ἀθροίσεις, εἰς τρόπον ὥστε ν' ἀναπτύσσωνται φυματιώδεις ἢ ψευδοφυματιώδεις σχηματισμοί. Τὸ συνδετικὸν ὑπόστρωμα εἶναι διαφόρως κατὰ τόπους ἀνεπτυγμένον. Εἰς πολλὰς θέσεις παρατηροῦνται συνδετικογενῆ κύτταρα διαφόρου πυκνότητος καὶ βαθμοῦ ἐξελίξεως, συμμετέχοντα εἰς τὸν σχημα-



Εἰκὼν 15. Ἡ αὐτὴ περίπτωση. Χειρουργικὸν παρασκευάσμα δεικνύον τὴν πάχυνσιν τοῦ ἐντερικοῦ τοιχώματος καὶ τοῦ μεσεντερίου, ὡς καὶ τὰς στενώσεις.

τισμὸν τῶν κυτταρικῶν διηθήσεων, ἐνῶ εἰς ἄλλας θέσεις παρατηρεῖται ἐξέλιξις τῶν στοιχείων τούτων πρὸς ἰνώδη ἱστόν, ἐξικνουμένη μέχρις οὐλώδους μετατροπῆς. Ἡ βλεννογόνιος μύκη στιβάς εἶναι ἀλλαχοῦ μὲν διεσπασμένη, ἀλλαχοῦ δὲ σημαντικῶς πεπαχυσμένη. Οἱ μυϊκοὶ χιτῶνες φαίνονται ὡσαύτως παχύτεροι τοῦ κανονικοῦ, παρατηροῦνται δὲ ἐν μέσῳ αὐτῶν ὑπερτροφικὰ νευρικὰ γάγγλια. Κατὰ τὸ μεσεντέριον παρατηρεῖται ἐπίσης ἐκσεσημασμένη ὑπερπλασία, κατὰ τόπους δὲ καὶ οὐλώδης μετατροπὴ τοῦ συνδετικοῦ ὑποστρώματος μετὰ μετρίως πυκνῶν φλεγμονωδῶν διηθήσεων, ἀποτελουμένων

ἐκ τῶν αὐτῶν φλεγμονωδῶν στοιχείων τῶν παρατηρηθέντων ἐπὶ τοῦ ἐντέρου. Εἰς πολλὰς θέσεις διακρίνονται ἀρτηρίδια παρουσιάζοντα ἐκσεσημασμένην πάχυνσιν τοῦ ἔσω χιτῶνος των, ἐξικνουμένην μέχρις ἀποφράξεως σχεδὸν τοῦ αὐλοῦ, ὡς καὶ τινὰ φλέβια ὡσαύτως πεπαχυσμένα. Παρατηρεῖται ἐπίσης μεγάλη ἀνάπτυξις τοῦ λιπώδους ἱστοῦ. Οἱ μεσεντέριοι λεμφαδένες δὲν εἶναι σημαντικῶς ἠϋξημένοι τὸ μέγεθος (μόλις πίσου), παρουσιάζουν ὁμως κατάλυσιν τοῦ πλείστου τῆς ὑφῆς αὐτῶν καὶ ἀντικατάστασιν αὐτῆς ὑπὸ διαχύτως ἀναπτυχθέντων λεμφοκυττάρων, λεμφοβλαστῶν, πλασμα-



Εἰκὼν 16. Ἡ αὐτὴ περίπτωσις. Ἱστολογικὴ εἰκὼν φλεγμονωδῶς διηθημένου ἐντερικοῦ τοιχώματος. (Φλεγμονώδεις διηθήσεις ἀλλαχοῦ διάσπαρτοι καὶ ἀλλαχοῦ κατ' ἀθροίσεις, περιβαλλόμεναι ὑπὸ ἀντιδραστικῶς ἀναπτυχθέντος συνδετικοῦ ἱστοῦ. — Μεγ. 1:60).

τοκυττάρων ὡς καὶ τινῶν ὑπερτροφικῶν δικτυοενδοθηλίων. Λεμφοζῖδια ἐλάχιστα μόνον διακρίνονται.

Ἐν συμπεράσματι: Παρατηρήθησαν λίαν ἐκσεσημασμένα ἀλλοιώσεις χρονίας ὑπερτροφικῆς καὶ στενωτικῆς ἐντερίτιδος μετὰ σχηματισμοῦ κατὰ τόπους γιγαντοκυττάρων τοῦ τύπου ξένων σωμάτων ὡς καὶ ἀνάπτυξις ἐπιθηλιοειδῶν κυττάρων, ἀνευ ὅμως σχηματισμοῦ φυματιωδῶν ἢ ψευδοφυματιωδῶν σχηματισμῶν. Παρατηρήθη ἐπίσης χρονία φλεγμονώδης ὑπερπλασία καὶ ρικνώσις τοῦ ἀντιστοίχου τμήματος τοῦ μεσεντερίου, ὡς καὶ

άθροισμα άφθόνου λίπους κατά τὸ μεσεντέριον καὶ τὸν όρογόνον τοῦ έντέρου. Είδικός τις χαρακτήρ τῶν άλλοιώσεων ένταῦθα δέν ύφίσταται.

Ἐπομένως ψευδοφυμάτια δέν παρατηρήθησαν, παρὰ μόνον όλίγα επιήλιοειδή κύτταρα, άτινα όμως δέν έσχημάτιζαν ψευδοφυμάτια. Παρατηρήθη όμως κατά τὸν ύποβλεννογόنيον σχηματισμός γιγαντοκυττάρων τοῦ τύπου ξένων σωμάτων περίε φωτοθλαστικῆς ξένης οὔσιας, άποτελούσης προφανώς ξένον σῶμα εισδύσαν έντός τοῦ τοιχώματος τοῦ έντέρου, συμφώνως πρός τήν ύπόθεσιν τοῦ Meyenburg. Ἡ ἔλλειψις έξ άλλου παντός στοιχείου ειδικῆς τινος έπεξεργασίας έπιτρέπει τὸν χαρακτηρισμόν τῆς περιπτώσεως ταύτης ὡς «κατά χώρας χρονίας έντερίτιδος».

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Μελέται Ιστολογικαί, μικροβιολογικαί, πειραματικαί, δέν κατάρθωσαν νά προσδιορίσουν εισέτι τὸν φυσιοπαθολογικόν μηχανισμόν τῆς νόσου τοῦ Crohn. Πλείστα όσα αίτια έχουν κατόπιν τούτου ύποστηριχθῆ, έκ τῶν όποίων άναφέρομεν κατωτέρω τά κυριώτερα.

Τοπικὰ αίτια: Διάφοροι τοπικοί παράγοντες έθεωρήθησαν ύπεύθυνοι τῆς «κατά χώρας έντερίτιδος», όπως κάμψεις, συμφυτικαί ταινίαι, συγγενεῖς ἢ έπίκτητοι άνωμαλλια προκαλοῦσαι στάσιν. Ἐπίσης έχει προβληθῆ ὡς αίτιον ἡ άνεπάρκεια τῆς βωχινείου βαλβίδος, έν τῇ πραγματικότητι όμως πρόκειται περί φυσιολογικοῦ φαινομένου καὶ οὔδέποτε παρατηρήθη εἰλείτις κατόπιν εἰλεοκολικῆς άναστομώσεως. Ὅσον άφορᾷ τὸν ύπεύθυνον ρόλον τῆς σκωληκοειδίτιδος καὶ οὔτος δέν εύσταθεῖ, δεδομένου ότι εἰς πλείστας περιπτώσεις ἡ σκωληκοειδῆς άπόφυσις εἶναι φυσιολογική, άλλὰ καὶ ἡ έκτομή ταύτης δέν μεταβάλλει τήν έξέλιξιν τῆς νόσου.

Λοιμώδεις παράγοντες: Ἡ φυματίωσις, ὡς αίτιον τῆς νόσου τοῦ Crohn, δύναται ν' άπορριφθῆ, εάν δέ ιστολογικῶς παρατηροῦνται όζίδια μετά γιγαντοκυττάρων τύπου Langhans, οὔδέποτε άπεμονώθη βακτηρίδιον Koch καὶ οὔδέποτε παρατηρήθη τυροειδοποίησις. Ἀντιθέτως, όμως, ἡ δευτεροπαθῆς έπιμόλυνσις ὑπὸ τοῦ βακτ. Koch μιᾶς κατά χώρας έντερίτιδος εἶναι δυνατή.

Ὅσον άφορᾷ τήν σφιλίδα, οὔδέν κλινικόν, παθολογοανατομικόν ἢ όρολογικόν τεκμήριον συνηγοροῦν ὑπέρ ταύτης ύπάρχει.

Ἐπεστηρίχθησαν έπίσης διάφορα μῆ ειδικά, λοιμώδη αίτια, όπως αίμολυτικοί στρεπτόκοκκοι, πρασινίζοντες, έντερόκοκκοι, άνσερόβια κλπ. Ὁ Felsen βασιζόμενος επί ώρισμένου αριθμοῦ περιπτώσεων άποδίδει εἰς τὸ βακτηρίδιον τῆς δυσεντερίας παθογόνον ρόλον. Δηλαδή ἡ «κατά χώρας έντερίτις» θεωρεῖται ὑπὸ τούτου ὡς ὑπόλειμμα άποδραμούσης βακτηριδικῆς δυσεντερίας. Ὑποστηρίζεται ὡσαύτως, ότι καὶ έξελκώσεις δημιουργούμεναι ὑπὸ άμοιβάδων

έπιτρέπουν τήν είσδυσιν διά τών έξελκώσεων τούτων έντός τοῦ πάχους τοῦ τοιχώματος, πλὴν τών ἄλλων, καί περιεχομένου τοῦ έντέρου. Πειραματικῶς ὁμως δέν έπετεύχθη ἡ ἀναπαραγωγή τῆς νόσου κατόπιν τοπικοῦ ένοφθαλμισμού τοῦ έντερικοῦ τοιχώματος διά λίαν παθογόνων στελεχῶν έκ στρεπτοκόκκων καί σταφυλοκόκκων ἀναμειγμένων μετά κόνεως πυριτίου. Καί ἡ ὑπόθεσις τοῦ διηθητοῦ Ιοῦ δέν ἀπεδείχθη, έφ' ὅσον δέν έπετεύχθη ἡ πειραματικὴ ἀναπαραγωγή.

Ἐπεκαλέσθησαν ὡσαύτως ὡς αἷτιον τήν έντόπισιν επί τοῦ λεπτοῦ τῆς νόσου τών Nicolas - Favre, ἀλλὰ πλὴν τών ἄλλων στοιχείων καί ἡ ἀντίδρασις κατὰ Frey ἀποβαίνει πάντοτε ἀρνητικὴ.

Ἀγγειακός παράγων: Οἱ Ameline καί Gauthier-Villars ἀποδίδουν μεγάλην σημασίαν εἰς τήν ένδερτηρίτιδα καί ένδοφλεβίτιδα, έν τῇ πραγματικότητι ὁμως πρόκειται περί δευτεροπαθῶν κοινῶν φαινομένων μιᾶς τοπικῆς βλάβης. Κατὰ τόν Boeckus καί Lee μία ἀνωμαλία τῆς εἰλεοτυφλικῆς ἀρτηρίας, προκαλοῦσα έντερικὴν ἰσχαιμίαν, δύναται νά δημιουργήσῃ τοιαύτην έντερίτιδα. Πράγματι οἱ Ginzbourg καί Oppenheimer κατάρθωσαν νά παραγάγουν πειραματικῶς κοκκιωματώδεις ἀλλοιώσεις τοῦ έντέρου διά τῆς έλαττώσεως τῆς ἀρδεύσεως αὐτοῦ δι' αἷματος.

Νευροφυτικὸς παράγων: Βασιζόμενοι επί τῶν έργασιων τοῦ Reilly, ὅστις ὡς γνωστὸν ἀναπαράγει τὰς έντερικὰς βλάβας τὰς παρατηρούμενας εἰς τὸν τυφοειδῆ πυρετὸν δι' έρεθισμοῦ τοῦ συμπαθητικοῦ, έπεκαλέσθησαν ἀνάλογον μηχανισμόν, ἵνα έξηγήσουν τήν νόσον τοῦ Crohn. Αἱ πειραματικαὶ έρευναι ὁμως δέν έπεβεβαίωσαν τήν ὑπόθεσιν ταύτην, διότι αἱ οὕτω προκληθεῖσαι ἀλλοιώσεις δι' έρεθισμοῦ τοῦ συμπαθητικοῦ εἶναι διάχυτοι, γεγονὸς μὴ παρατηρούμενον κατὰ τήν έντερίτιδα ταύτην.

Λεμφατικὸς παράγων: Εἶναι ἀξιοσημείωτος ἡ πρότιμησις τῆς έντοπίσεως τῶν ἱστολογικῶν ἀλλοιώσεων επί τοῦ λεμφικοῦ συστήματος τοῦ έντέρου καί τοῦ μεσεντερίου. Ἐξ ἄλλου ἡ νόσος έντοπίζεται κυρίως εἰς τὸ τμήμα ἐκεῖνο τοῦ έντέρου, ὅπου τὰ λεμφοζῖδια εἶναι πολυαριθμότερα.

Ὁ Boerens παρεδέχετο ὡς παράγοντα δημιουργίας τῆς «κατὰ χώρας έντερίτιδος» τήν στάσιν τήν ὀφειλομένην εἰς φλεγμονὴν τῶν ἀδένων καί τῶν μεγάλων λεμφαγγείων. Πειραματικῶς έπετεύχθησαν ἱστολογικαὶ ἀλλοιώσεις παρόμοιαι μετά τῶν τῆς νόσου τοῦ Crohn δι' ἀποφράξεως τῶν λεμφαγγείων τοῦ μεσεντερίου. Οἱ Reichert καί Mathis χρησιμοποιοῦν λεπτὴν ἄμμον ἢ διαλύματα προκαλοῦντα σκλήρυνσιν, ὅπως κινίνην, ἅτινα ένιουν έντός τῶν λεμφαγγείων τοῦ μεσεντερίου. Ἡ ἔγχυσις λίαν κονιορτοποιημένου τάλκ έντός τῆς

τελευταίας καὶ ἀπομονωθείσης ἕλικος τοῦ λεπτοῦ ἐντέρου προκαλεῖ πάχυνσιν τοῦ ἐντερικοῦ τοιχώματος μετὰ στενώσεως τοῦ αὐλοῦ. Ἱστολογικῶς αἱ οὕτως ἐπιτυγχανόμεναι ἀλλοιώσεις εἶναι παρόμοιαι μετὰ τὰς τῆς νόσου τοῦ Crohn. Ἡ πρόσθεσις τάλκ ἢ λεπτῆς ἄμμου εἰς τὴν τροφήν τῶν κυνῶν προκαλεῖ ἀναλόγους ἀλλοιώσεις, αἵτινες ὁμῶς ἐπεκτείνονται ἐφ' ὀλοκλήρου τοῦ λεπτοῦ ἐντέρου. Εἰς τοὺς κύνας τοὺς οὕτω τρεφομένους, ἡ ἔνεσις ἐναιωρημάτων κολοβακίλλων, σταφυλοκόκκων ἢ στρεπτοκόκκων προκαλεῖ αἰμορραγικὴν διάρροϊαν, ἐπὶ δὲ τοῦ λεπτοῦ καὶ τοῦ κόλου ἐμφανίζονται βλεννογόνιαι ἐξελκώσεις. Οἱ Chess, Orlander καὶ Prestow, οἵτινες ἐπέτυχον τὰ ὡς ἄνω πειραματικὰ ἀποτελέσματα, φρονοῦν ὅτι αἱ ἠλεκτρικαὶ ἰδιότητες τῶν κρυστάλλων ἔχουν σχέσιν, ἐφ' ὅσον τὸ φωσφορικόν ἀργίλιον καὶ ὁ ἀμίαντος, ἅτινα ἔχουν τὰς αὐτὰς ἠλεκτρικὰς ἰδιότητας, δύναται νὰ προκαλέσουν ἀναλόγους βλάβας. Μεταξὺ τῶν ἐρεθιστικῶν τούτων οὐσιῶν, τὴν ἐπίδρασιν τῶν ὁποίων ὑφιστάμεθα, περιέχονται καὶ ὠρισμένα συστατικὰ κόνεων καὶ ὀδοντόπαστας, αἵτινες περιέχουν εἰς σημαντικὸν ποσοστὸν λίαν κονιοποιημένον πυρίτιον.

Ὁ Meyenburg ὑποστηρίζει, ὅτι ἡ κατωτέρα μοῖρα τοῦ εἰλεοῦ προσφέρεται περισσότερον εἰς ὅλας τὰς δυνατὰς ἐντερογενεῖς μολύνσεις (φυματίωσις, τύφος, παράτυφος, φλεγμοναὶ κλπ.). Ἐπιπροσθέτως ἡ βραδεία διάβασις τοῦ ἐντερικοῦ περιεχομένου διὰ τῆς μοῖρας ταύτης τοῦ ἐντέρου, ἡ ἐκεῖ ἀλκαλικὴ ἀντίδρασις, ἡ ἀφθονία τοῦ κολοβακτηριδίου καὶ τὸ πλούσιον δίκτυον τοῦ λεμφικοῦ συστήματος δημιουργοῦν κατὰ τὴν μοῖραν ταύτην τοῦ ἐντέρου «θέσιν ἡλατιωμένης ἀντιστάσεως». Ἡ ἐπ' αὐτῆς ἐπίδρασις διαφόρων βλαπτικῶν παραγόντων—φλεγμοναί, τοξίνοι, ἀλλεργικοὶ ἐρεθισμοί, διαταραχαὶ τῆς διαβάσεως—δύναται νὰ προκαλέσῃ βλάβην καὶ μικρὰς ἐξελκώσεις τῶν παυερειῶν πλακῶν. Τὸ μέχρι τοῦδε θεωρούμενον «ἀδιάβατον» τοῦ ἐντερικοῦ βλεννογόνου καταλύεται καὶ καθίσταται οὕτω δυνατὴ ἡ εἴσδυσις ἐντερικοῦ περιεχομένου ἐντὸς αὐτοῦ τούτου τοῦ πάχους τοῦ ἐντέρου. Οὕτως ἐξηγεῖται εὐκόλως, πλὴν τῶν ἄλλων, καὶ ὁ σχηματισμὸς ψευδοφυματίων, ἅτινα εἶχον ἤδη θεωρηθῆ ὑπὸ τοῦ Crohn, ὡς ἀναπτυχθέντα πρὸς ἀποικοδόμησιν ξένου τινὸς σώματος. Ἡ ἐπέκτασις τῶν ἀλλοιώσεων καὶ εἰς ἄλλα τμήματα τοῦ ἐντέρου εἶναι δυνατὴ κατὰ τὰ χρόνια στάδια, ἐφ' ὅσον αἱ ἀλλοιώσεις ἔχουν ἤδη ἀναπτυχθῆ τὸ πρῶτον κατὰ τὴν τελικὴν μοῖραν τοῦ εἰλεοῦ. Μόνον δὲ ὠρισμένοι περιπτώσεις—καὶ οὐχὶ οἰαδῆποτε ἐντερικὴ λοίμωξις—μὲ ἴσως εἰδικὴν προδιάθεσιν ἔναντι τοῦ οἰουδήποτε ἐρεθιστικοῦ αἰτίου ἀντιδροῦν διὰ τῆς ἀναπτύξεως τῶν ἀλλοιώσεων ἐκείνων, αἵτινες χαρακτηρίζουν τὴν νό-

σον του Crohn. Είδομεν δέ, ότι υπό του Chess κλπ. έπετεύχθη πειραματικώς ή έπαλήθευσις της υποθέσεως ταύτης.

Είς την περίπτωσιν του συναδέλφου κ. Ν. Παπαχαλαάμπους, την όποίαν παρεθέσαμεν, υπήρχε κατά τον υποβλεννογόσιον σχηματισμός γιγαντοκυττάρων του τύπου ξένων σωμάτων περίξ φωτοθλαστικής ξένης ούσιαις, αποτελούσης προφανώς ξένον σωμα εισδύσαν έντός του έντέρου συμφώνως πρός την έκτεθεισαν υπόθεσιν του Meyenburg. 'Η έλλειψις έξ άλλου παντός στοιχείου ειδικής τινος έπεξεργασίας έπιτρέπει τον χαρακτηρισμόν της ως «κατά χώρας χρονίας έντερίτιδος».

Άλλεργικός παράγων: Πολλά και ισχυρά έπιχειρήματα συνηγορούν υπέρ της άπόψεως ταύτης. Άπό πολλοϋ ήδη αϊ ιστολογικαί βλάβαι, και κυρίως ή ήωσινοφιλία, θεωροϋνται ως άλλεργικής αιτιολογίας. 'Η διήθησις υπό των ήωσινοφίλων υπερβαίνει ένιοτε και τον υποβλεννογόσιον, παρετηρήθη δέ τοιαύτη διήθησις και αύτων των άγγειακων τοιχωμάτων. Το 1937 ο Kaijser άνέφερε τά μικροσκοπικά εύρήματα δύο περιπτώσεων τοιαύτης έντερίτιδος όφειλομένης εις άλλεργίαν πρός την σαλβαρσάνην, αϊ δέ άλλιώσεις ήσαν όμοιαι πρός τάς της πειραματικής άναφυλαξίας. 'Επίσης ο Tallroth το 1943 έδημοσίευσε δύο τυπικάς περιπτώσεις μετά περιαγγειακων διηθήσεων και Ινώδους νεκρώσεως του κοιλιαγόνου.

Και κλινικαί όμως παρατηρήσεις ένισχύουν τά ιστολογικά εύρήματα. Ούτως εις άσθενή των Collius και Pritchett άπαλλάσσεται της άπό έξαμήνου έμπυρέτου διαρροίας του κατόπιν διαίτης άπηλλαγμένης του άλλεργιογόνου, ένώ μετά μίαν παρέκκλισιν ύποτροπιάζει. 'Ο Rowe διαπιστώνει την ίασιν άρρώστου πάσχοντος έκ της νόσου του Crohn κατόπιν καταργήσεως του γάλακτος, ή έκ νέου λήψις του όποιου έπαναφέρει τους έντερικούς κωλικούς μετά διαρροίας. Είς άλλους άρρώστους, τά αύγά, τά φρούτα προκαλοϋν τοιαύτας κρίσεις. Αϊ δερματοαντιδράσεις ούδεμίαν ύπηρεσίαν προσφέρουν εις τον προσδιορισμόν του άλλεργιογόνου και μόνον ή δι' άποκλεισμοϋ διαίτα τό άνευρίσκει.

Μία εύαισθητοποίησις, έπομένως, εις ώρισμένας τροφάς, φάρμακα, άνθη, εις τάς τοξίνας της μικροβιακής χλωρίδος, δυνατόν να είναι εις έκ των κυριωτέρων παραγόντων της «κατά χώρας έντερίτιδος».

'Η άλλεργία, τέλος, δύναται να έξηγήση την άνώμαλον έξέλιξιν της νόσου. Άπό του 1945 οί Garlock και Crohn παρεδέχοντο, ότι αϊ ύποτροπαί δέν όφείλονται εις άτελείς χειρουργικάς έξαιρέ-

σεις, αλλά εις νέαν προσβολήν έπερχομένην ένιote μετά πάροδον μεγάλου χρονικοῦ διαστήματος από τῆς πρώτης. Ἡ συχνή καί σαφῆς ένιote επίδρασις τοῦ A.C.T.H. ἢ τῆς Κορτιζόνης, ἡ δυνατή αὐτόματος ἴασις, έρμηνεύονται ὡσαύτως ὡς συνηγοροῦσαι ὑπέρ τῆς ἀλλεργικῆς ἀπόψεως. Κληρονομικαί προδιαθέσεις εις τὴν εὐαισθητοποίησιν, ἀφορῶσαι τοὺς αὐτοὺς ἰστούς, δύνανται ἐπίσης νά ἐξηγήσουν τὰς οἰκογενειακὰς περιπτώσεις.

Τέλος οἱ Racheł καὶ Busson θεωροῦν τὴν νόσον τοῦ Crohn ὡς ἐκλεκτικὴν προσβολὴν τοῦ λεμφικοῦ ἰστοῦ, ἐπὶ πλέον δὲ ὡς μίαν βλάβην προβαλλομένην ἐπὶ τοῦ έντέρου ἐκ τῶν ἔξω πρὸς τὰ ἔσω, διὰ μιᾶς παθογόνου ἐπεξεργασίας, ἥτις δρᾷ ἐξ ἀποστάσεως έντός τῆς ἀντιστοιχοῦ μοίρας τοῦ μεσεντερίου. Τὴν λεμφικὴν ταύτην ἀντίδρασιν καὶ παθογόνον ἐπεξεργασίαν δύνανται νά ἐξηγήσουν φαινόμενα εὐαισθητοποιήσεως ἢ ἀλλεργίας. Ἡ ὑπόθεσις αὕτη ένισχύεται ὑπὸ κλινικῶν, πειραματικῶν καὶ βιολογικῶν παρατηρήσεων ἐπὶ τῆς ἐξελίξεως τῆς νόσου, ἀλλὰ καὶ θεραπευτικῶν ἀκόμη παρατηρήσεων. Ὅσον ἀφορᾷ τὴν ἐκλεκτικὴν καὶ συνηθεστέραν έντόπισιν ἐπὶ τῆς τελικῆς μοίρας τοῦ εἰλεοῦ καὶ τοῦ δεξιοῦ κόλου έν συνεχείᾳ, ὑπενθυμίζεται ὅτι πρόκειται περὶ έντερικῶν τμημάτων πλουσίων εις λεμφοζῖδια καὶ ἐπομένως ὑποκειμένων εις τὴν μεγαλυτέραν δυνατὴν ἀπορρόφησιν τοξινῶν μικροβιακῶν, χημικῶν ἢ ἄλλων προκαλουσῶν εὐαισθητοποίησιν.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΩΝ

Ἡ «κατὰ χώρας έντερῖτις» προσβάλλει κυρίως τὰ νέα τὴν ἡλικίαν ἄτομα (Bockus: 75% μεταξὺ 20—40 ἐτῶν). Εἰς τὰς 650 περιπτώσεις τὰς συλλεγείσας ὑπὸ τοῦ Jourde, τὰ 30% ἀφεῶρων ἀρρώστους ἡλικίας 20—30 ἐτῶν. Εἶναι νόσος σπανία ἄνω τῶν 60 ἐτῶν. Εἰς συχνότητα 8% παρατηρεῖται εις παιδιὰ κάτω τῶν 10 ἐτῶν. Ἀπὸ ἀπόψεως φύλου ὑπερτερεῖ τὸ ἀνδρικόν (58%).

Ὁ Bockus ἀποδίδει εις τὸν ἔθνικόν καὶ κλιματικόν παράγοντα τὴν σπάνιν τῆς νόσου εις τὴν Λατινικὴν Ἀμερικὴν καὶ τὰς Νοτίους Πολιτείας. Εἶναι ἐξαιρετικῶς σπανία εις τοὺς Νέγρους, συχνὴ εις τοὺς πρόσφυγας τοὺς προερχομένους ἐκ τῆς νοτίου Εὐρώπης, ἐξαιρετικὰ δὲ συχνὴ εις τοὺς Ἰσραηλίτας. Παρατηρήθησαν ἐπίσης ὡρισμένοι οἰκογενειακαὶ περιπτώσεις.

Τὰ κλινικὰ συμπτώματα φαίνεται ὅτι ἔχουν ποιάν τινα σχέσιν μὲ τὸ ἀνατομικόν στάδιον τῆς νόσου. Αἱ ὀξείαι καὶ ὑποξείαι κλινικαὶ ἐκδηλώσεις ἀντιστοιχοῦν εις τὰ ἀρχικὰ καὶ ἀνατάξιμα ἀνατο-

μικῶς στάδια, ἐνῶ αἱ χρόνιοι ἐκδηλώσεις ἀντιστοιχοῦν κυρίως εἰς τὰς ἰνώδεις καὶ μὴ ἀναταξίμους βλάβας.

1. Εἰσβολὴ ἢ ὀξεῖα φάσις. Ἡ κατὰ χώρας ἐντερίτις εἰσβάλλει ὀξέως, ὑποδυομένη μίαν ἐκ τῶν κοινῶν χειρουργικῶν νόσων τῆς κοιλίας. Πράγματι, ἡ κλινικὴ εἰκὼν ὑπενθυμίζει τὴν τῆς σκωληκοειδίτιδος. Ὁ πόνος τοῦ δεξιοῦ λαγονίου βόθρου καὶ τὰ γενικὰ συμπτώματα ὁμοιάζουν μὲ τὰ τῆς σκωληκοειδίτιδος: πυρετὸς μέτριος, ταχυκαρδία, λευκοκυττάρωσις μετὰ πολυμορφοπυρηνώσεως. Καὶ τὰ ἐκ τῆς ἐξετάσεως εὐρήματα συνηγοροῦν: ἀντίστασις ἢ καὶ σύσπασις παρὰ τὸν δεξιὸν λαγόνιον βόθρον. Ἐνίοτε μία ψηλαφητὴ μᾶζα ἐκλαμβάνεται ὡς πλακοῦς. Ὡς ἐκ τούτου ἡ ἐπέμβασις δὲν συζητεῖται.

Λεπτομέρειαι τινες δυνατὸν νὰ στρέψουν τὴν προσοχὴν πρὸς τὴν νόσον τοῦ Crohn. Οἱ πόνοι, ὑπὸ μορφήν κωλικῶν, εἶναι περισσότερον διάχυτοι ἐν τῇ ἀρχῇ καὶ ἐν συνεχείᾳ ἐντοπίζονται παρὰ τὸ ὑπογάστριον ἢ τὸ κάτω δεξιὸν τεταρτημόριον τῆς κοιλίας. Ἡ διάρροια εἶναι συχνὴ καὶ πρέπει, παρουσίᾳ μιᾶς κλινικῆς εἰκόνας ὀξείας σκωληκοειδίτιδος, νὰ στρέψῃ τὴν προσοχὴν πρὸς τὴν «κατὰ χώρας ἐντερίτιδα». Τέλος θὰ πληροφορηθῶμεν, εἰς τὰς περισσότερας τῶν περιπτώσεων, ὅτι ἀπὸ μηνῶν ὁ ἄρρωστος παραπονεῖται δι' ἀκαθόριστα κοιλιακὰ ἄλγη, δι' ὕδαρεῖς κενώσεις, ἐνίοτε ἐντόνους κοιλιακοὺς πόνους. Εἰς πολλοὺς ἐκ τῶν ἀρρώστων τούτων ἔχει ἤδη ἐπιβληθῆ ἡ σκωληκοειδεκτομὴ λόγῳ τῶν ὡς ἄνω συμπτωμάτων. Ἀρκετὰ συχνὰ τὰ πρῶτα συμπτώματα ἐμφανίζονται μετὰ μίαν πνευμονικὴν λοίμωξιν ἢ μίαν κυνάγχην.

Εἰς τινὰς περιπτώσεις ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις ἐπέτρεψε τὴν ἀκριβῆ διάγνωσιν. Μολαταῦτα ἡ ὑποπτος διὰ σκωληκοειδίτιδα συμπτωματολογία δὲν ἐπιτρέπει τοιαύτας ἀπρονοησίας οὐδὲ καὶ αὐτὴν τὴν ἀναβολὴν τῆς ἐπεμβάσεως: κατὰ τὴν διάνοξιν τῆς κοιλίας ἡ τυπικὴ μακροσκοπικὴ ὄψις τῶν βλαβῶν ἀνατρέπει τὴν διάγνωσιν τῆς σκωληκοειδίτιδος καὶ ἐπιβεβαιοῖ τὴν τῆς νόσου τοῦ Crohn.

Ἡ κατὰ χώρας ἐντερίτις ἐξελίσσεται ποικιλοτρόπως. Τὸ ὀξὺ ἐπεισόδιον δυνατὸν νὰ ἐπιπλακῇ ὑπὸ μιᾶς γενικευμένης ἢ ἐντετοπισμένης περιτονίτιδος. Ἐὰν ἀφαιρεθῇ ἡ σκωληκοειδής, δημιουργεῖται ἐνίοτε συρίγγιον, τὸ ὁποῖον ἐπιβεβαιοῖ ἔτι περισσότερον τὴν διάγνωσιν τῆς ἐντερίτιδος ταύτης. Ἡ ὀριστικὴ ἴασις τῆς εἶναι ἡ πλέον πιθανὴ ἐξέλιξις, τὸ δὲ ὀξὺ ἐπεισόδιον, διὰ τὸ ὁποῖον ἐγένετο λαπαροτομία, ἥτις καὶ ἐπέβαλε τὴν ἀκριβῆ διάγνωσιν, παραμένει ἄνευ συνεχείας, ἢ δὲ κρίσις λύεται αὐτομάτως.

Εἰς περίπτωσιν ὁμοῦ μὴ εὐνοϊκῆς ἐξελιξεως, μετὰ ἑβδομάδας ἢ καὶ μῆνας, καθ' ἃς αἱ περίοδοι ἡμερίας σμικρύνονται, ἐμφανίζονται αἱ διαρροϊκαὶ κενώσεις καὶ οἱ κοιλιακοὶ πόνοι. Βραδέως καὶ κατ' ἀλλεπαλλήλους κρίσεις, ἢ ἐντερτίτις ἐξελλίσσεται πρὸς τὴν ὑποξείαν φάσιν.

2. Ὑποξεία φάσις. Τὸ κύριον σύμπτωμα κατὰ τὴν φάσιν ταύτην εἶναι ἡ διάρροια: 3—4 ἡμιῶδαις κενώσεις ἡμερησίως, ἐμφανιζόμεναι 3—5 ὥρας μετὰ τὰ γεύματα. Αὗται δὲ συνοδεύονται ὑπὸ τεινεσμοῦ καὶ συνήθως δὲν περιέχουν οὔτε πύον οὔτε αἷμα, τούλαχιστον μακροσκοπικῶς. Εἰς ἀρκετάς ὁμοῦ περιπτώσεις ἡ διάρροια αὕτη ἀντικαθίσταται ὑπὸ δυσκοιλιότητος.

Οἱ πόνοι εἶναι διάχυτοι καθ' ὅλην τὴν κοιλίαν, κυρίως ὁμοῦ ὑπομφάλιοι ἢ δεξιὰ τούτου. Τὸ σύμπτωμα τοῦτο εἶναι σταθερόν, ἢ δὲ ὥρα ἐκδηλώσεώς των σχεδὸν χαρακτηριστικῆ. Εἰς τὰς περισσοτέρας τῶν περιπτώσεων ἐμφανίζονται 5 ὥρας μετὰ τὸ γεῦμα, ὁπότε αἱ ἔντονοι περισταλτικαὶ κινήσεις τοῦ λεπτοῦ μεταδίδονται πρὸς τὴν τελικὴν του μοῖραν. Εἶναι ποικίλης ἐντάσεως, ἀπὸ ἡπίων μέχρι ἐντόνων κωλικῶν. Καὶ ἄλλοτε μὲν λύονται μετὰ τὴν ἐμφάνισιν διαρροϊκῆς κενώσεως. "Ἄλλοτε ὁμοῦ ἐκδηλοῦνται ὡς «σύνδρομον Koenig»: ἔντασις τῶν πόνων κατὰ κύματα, ἐντετοπισμένη διάτασις ἀκολουθουμένη ὑπὸ γλουγλουκισμοῦ. Ἐνίοτε τὸ σύνδρομον τοῦτο συνοδεύεται ὑπὸ ναυτίας ἢ καὶ ὑπὸ ἐμέτων.

Ἡ γενικὴ κατάστασις τοῦ ἀρρώστου ἔχει ἐπηρεασθῆ: καταβολὴ τῶν δυνάμεων μετὰ σημαντικῆς ἀπισχνάνσεως. Παρατηροῦνται ὡσαύτως φαινόμενα ὀφειλόμενα εἰς στερητικὴν κατάστασιν, ὡς οἰδήματα λόγῳ ὑποπρωτεΐναιμίας, πελλαγροειδῆς δερματίτις, ὑποτυπῶδες σκορβούτον. Ἡ ἀναιμία δὲν ἀπουσιάζει, πρόκειται δὲ συνήθως περὶ μακροκυτταρικῆς μετ' ἐλαφρᾶς λεμφοκυτταρώσεως καὶ πολυμορφοπυρηνώσεως. Ἡ ἀναιμία αὕτη ὀφείλεται οὐχὶ εἰς αἰμορραγίας, ἀλλὰ εἰς παράγοντας θρέψεως. Ἡ καμπύλη ὑπεργλυκαιμίας εἶναι συνήθως ἐπίπεδος, ἢ οὐρία ἐν τῷ αἵματι ἠύξημένη. Ἡ θερμοκρασία εἶναι ἐλαφρῶς, ἀλλὰ σταθερῶς ἠύξημένη καὶ συνοδεύει τὰς διαρροϊκὰς καὶ ἐπωδύνους κρίσεις. Κατὰ τὴν ψηλάφησιν ἡ κοιλία εἶναι ἐπώδυνος ἐν τῷ συνόλω της, κυρίως ὁμοῦ κατὰ τὸν δεξιὸν λαγόνιον βόθρον, ὅπου ἀνευρίσκεται μᾶζα ἀτρακτοειδῆς, εὐαίσθητος, μήκους 10 — 20 ἐκ. μετὰ ἄνω ὄρια σαφῆ καὶ κάτω ὄρια μάλλον ἀκαθόριστα, δυνάμενα ὁμοῦ νὰ προσδιορισθοῦν διὰ τῆς δακτυλικῆς ἐξετάσεως. Πρόκειται περὶ τῆς νοσοῦσης μοῖρας τοῦ

είλεοῦ, ἥτις δὲν διαχωρίζεται εὐκόλως τοῦ τυφλοῦ, ἔναντι τοῦ ὁποῖου λαμβάνει θέσιν ἐγκαρσίαν, κάθετον ἢ παράλληλον.

Καὶ κατὰ τὸ στάδιον τοῦτο αἱ ἀλλοιώσεις εἶναι ἀνατάξιμοι, μὲ αὐτόματον ἐξέλιξιν πρὸς τὴν ἴασιν. Εἰς ἄλλους ὅμως ἀρρώστους ἡ νόσος ἐξελλίσσεται ἐπὶ μῆνας ἢ καὶ ἔτη εἴτε συνεχῶς εἴτε περιοδικῶς. Κατὰ τὴν ἐξέλιξιν ταύτην αἱ παθολογοανατομικαὶ ἀλλοιώσεις ἐπεκτείνονται καὶ ἐπὶ ἄλλων μοιρῶν τοῦ πεπτικοῦ σωλήνος, τὸ τυφλὸν καὶ τὸ κόλον. Συγχρόνως ἐπέρχεται ἰνώδης στενωτικὴ ἐπεξεργασία, ὁπότε ἡ νόσος ἐξελλίσσεται πρὸς τὴν ἐπομένην φάσιν.

3. Χρονία φάσις. Κατὰ ταύτην ἐπικρατεῖ ἡ συμπτωματολογία τῆς μερικῆς ἀποφράξεως τοῦ λεπτοῦ ἐντέρου μετὰ τῶν κλασσικῶν σημείων τοῦ συνδρόμου τοῦ Koenig. Τὴν διάρροϊαν ἀντικαθιστᾷ προοδευτικὴ δυσκοιλιότης, οἱ πόνοι μεταβάλλονται, γίνονται πλέον ἔντονοι, βραχείας διάρκειας, σαφοῦς ἔδρας, συνοδεύονται δὲ ὑπὸ ὄρατοῦ περισταλτισμοῦ καὶ ἐντετοπισμένου μετεωρισμοῦ. Ἡ ἀπότομος ἐξαφάνισις τῶν πόνων ἀκολουθεῖται ὑπὸ βορβορυγμῶν, ἐὰν δὲ δὲν ἐπέμβωμεν χειρουργικῶς ἢ ἀπόφραξις συμπληροῦται. Εἰς τὰς ἀκτινογραφίας θὰ ἔχωμεν ὕδραερικὰς εἰκόνας.

Ἡ νόσος τοῦ Crohn κατὰ τὴν χρονίαν ἐξέλιξιν τῆς παρουσιάζει συμβάματα λίαν χαρακτηριστικὰ, ἐκ τῶν ὁποῖων τὸ κυριώτερον εἶναι τὰ **συρίγγια**. Ταῦτα, ἀναλόγως τοῦ μήκους τῶν καὶ τῶν ἀνατομικῶν σχέσεων τῆς πορείας τῶν, κατατάσσονται εἰς ἐσωτερικὰ καὶ ἐξωτερικὰ, παρατηροῦνται δὲ εἰς ἀναλογίαν 25%.

— Τὰ ἐσωτερικὰ συρίγγια φέρουν εἰς ἐπικοινωνίαν τὸν εἰλεὸν μετὰ τοῦ τυφλοῦ, μετὰ τοῦ σιγμοειδοῦς ἢ μετὰ τινος ἑλικος τοῦ λεπτοῦ ἐντέρου. Κλινικῶς ἐκδηλοῦνται μὲ διαταραχὰς τῆς ἐντερικῆς λειτουργίας καὶ μὲ ταχεῖαν ἀπίσχνανσιν τοῦ ἀρρώστου. Ἄλλὰ καὶ ἄλλα κοῖλα ὄργανα δύνανται νὰ προσβληθοῦν ἐκ τοῦ συριγγίου, ὅπως ἡ μήτρα, αἱ σπερματοδόχοι κύστεις, ὁ κόλπος, ἡ κύστις, μὲ συνεπείας τὴν κυστίτιδα, τὴν κοπροουρίαν καὶ τὴν πνευματουρίαν. Ἐντερικαὶ διατρήσεις μὲ τυφλὴν πορείαν δημιουργοῦν ἐνδομεσεντέρια ἀποστήματα ἢ ἐντετοπισμένην περιτονίτιδα τοῦ δεξιοῦ λαγονίου βόθρου.

— Τὰ ἐξωτερικὰ συρίγγια σχηματίζονται κατόπιν διανοίξεως ἑνὸς δεξιοῦ εἰλεακοῦ ἀποστήματος, τοῦ ὁποῖου ἡ παροχέτευσις ἐξελλίσσεται πρὸς κοπροχρόον συρίγγιον. Σπανίως τὰ ἀποστήματα τοῦ εἰλεακοῦ βόθρου καταλήγουν πρὸς τὴν ὀσφὺν ἢ τὴν βουβωνικὴν χώραν. Χαρακτηριστικὰ λόγῳ τοῦ μήκους τῶν καὶ τῆς περιέργου πορείας τῶν εἶναι τὰ περιορδικὰ συρίγγια, τὰ ὀπισθοκολπικὰ καὶ τὰ περιπρωκτικὰ. Κατὰ τὸν

μη πληρωθῆ ἢ ἐστενωμένη ζώνη, ὅποτε διακρίνονται μόνον αἱ ὑπερ-
 θεν καὶ κάτωθεν τῆς βλάβης μοῖραι. Ἡ χρησιμοποίησις τοῦ σωλήνος
 Miller - Abbot ἐπιτρέπει τότε καὶ τὴν διαγραφὴν ταύτης. Εἰς ἄλ-
 λους ἀρρώστους παρατηρεῖ τις καθ' ὄλον τὸ μήκος τῆς ἐστενωμέ-
 νης μοίρας ἐναλλασσομένης ζώνας ἀνίσου σκιερότητος, λόγω τῆς
 κατὰ τόπους ἐξαφανίσεως τοῦ βλεννογόνου καὶ τῆς πολυποδοειδοῦς
 ὑπερτροφίης τῶν ὑπολειπομένων νησίδων. Τὴν εἰκόνα ταύτην οἱ
 Ἀγγλοσάξωνες συγγραφεῖς περιγράφουν ὑπὸ τὸ ὄνομα «cobble-
 stone ileum». Εἰς πολλὰς περιπτώσεις ὁ αὐλὸς τοῦ εἰλεοῦ εἶναι
 εὐθύγραμμος, εὔρους μολυβδοκονδύλου. Παρατηροῦνται ἐπίσης
 μόνιμοι κηλίδες ἐρμηνεύουσαι πιθανώτατα τὴν ὑπαρξιν ἐξελκώ-
 σεων.

Ἐκτός τῶν ὡς ἄνω ἀμέσων σημείων, ἀποδίδεται σημασία καὶ
 εἰς τὰ ἔμμεσα τοιαῦτα, τὰ ὀφειλόμενα εἰς περιειλιτίδα, κατὰ
 τὴν ὁποίαν ἡ τελευταία μοῖρα τοῦ λεπτοῦ εἶναι ἔκτοπος, ἀνωμάλου
 κατευθύνσεως καὶ δυσκίνητος. Ἐνίοτε ἐμφανίζεται ὡς χωριζομένη
 τῶν ἄλλων γειτονικῶν ἐλίκων ὑπὸ διαστήματος ἀνοικτῆς χροιάς, τὸ
 ὁποῖον διὰ μερικὸς ἀντιστοιχεῖ πρὸς τὸ ἵεπαχυσμένον μεσεντέ-
 ριον καὶ τὰ ὑπερτροφικὰ γάγγλια.

Ὁ βαριοῦχος ὑποκλυσμός δεικνύει συχνὰ παραμόρφωσιν τῆς
 ἔσω παρυφῆς τοῦ τυφλοῦ, ἥτις ἀπώθεϊται ὑπὸ τῆς εἰλεακῆς μάξης,
 ὑπάρχει δὲ ἐπίσης καὶ μία σπαστική ἐντομὴ ἐπὶ τῆς παρυφῆς τοῦ
 τυφλοῦ.

Τὰ ἀκτινολογικὰ ἐπομένως σημεῖα τῆς νόσου τοῦ Crohn, πρὸ
 τῆς στενωτικῆς φάσεως, εἶναι κυρίως τὰ ἑξῆς: Ἐξαφάνισις τῶν
 ἐντομῶν καὶ τοῦ περισταλισμοῦ, ποικίλον εὔρος τοῦ ἐντέρου, στρογ-
 γύλαι πολυποδῶδεις προεξοχαί τοῦ βλεννογόνου ὑπενθυμίζουσαι
 δακτυλικά ἀποτυπώματα.

Δέον νὰ σημειωθῆ ὅτι τὸ «string sign» δὲν εἶναι παθογνώ-
 μονικὸν τῆς «κατὰ χώρας ἐντερίτιδος», ἀλλὰ παρατηρεῖται καὶ
 εἰς ἄλλας παθολογικὰς καταστάσεις. Τούναντιον ἢ ἀπότομος
 διακοπὴ τῶν ἀλλοιώσεων, ἢ παρουσία παραπλεύρως τούτων ἀκτι-
 νολογικῶς ὕγιους ἐντέρου, συνηγοροῦν ὑπὲρ τῆς νόσου τοῦ Crohn.

Διὰ θεραπευτικοὺς λόγους θὰ πρέπη νὰ προσδιορισθῆ ἐπακρι-
 βῶς ἡ ἐπέκτασις τῶν ἀλλοιώσεων καὶ ἡ σύγχρονος προσβολὴ ἢ μὴ
 τοῦ κόλου. Καὶ ἄλλοτε μὲν ἡ προσβολὴ τούτου εἶναι σαφῆς καὶ
 διαγιγνώσκεται εὐκόλως· ὁσάκις ὁμως αἱ ἀλλοιώσεις εἶναι λίαν
 περιορισμέναι, δημιουργοῦνται διαγνωστικὰ προβλήματα. Μικραὶ
 ἀνωμαλῖαι ὀφειλόμεναι εἰς βλάβας παρακειμένων ὀργάνων, ὅπως
 ἐντομὴ παραμορφώουσα τὸν πυθμένα τοῦ τυφλοῦ κ.λ.π., θὰ πρέπη

νά διαχωρισθοῦν τῶν ὀργανικῶν ἀλλοιώσεων. Ἡ χρησιμοποίησις τῆς προστιγμίνης θά διαχωρίσῃ τὰς ὀργανικὰς βλάβας ἀπό τὰς σπαστικὰς καταστάσεις.

Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις ἀποβαίνει ἐπίσης χρήσιμος εἰς περιπτώσιν ὑπάρξεως συριγγίων, τῶν ὁποίων ὄχι μόνον ἐπιβεβαίωσι τὴν ὑπαρξιν, ὡς ἀποκαλύπτουσα ἀνώμαλον ἐπικοινωνίαν μεταξὺ δύο ἐντερικῶν ἐλίκων, ἀλλὰ καὶ διότι ἡ διαπίστωσις ἐπικοινωνίας πολλῶν ἐντερικῶν μοιρῶν μετὰ τῆς νοσούσης ἔλικος τοῦ εἰλεοῦ ἐπιβεβαίωσι τὴν διάγνωσιν τῆς κατὰ χώρας ἐντερίτιδος. Τέλος, ἀπουσία κάθε ἐντερικῆς συμπτωματολογίας, ἡ ἔγχυσις λιπιδοδότης ἐπιτρέπει ἐνίοτε τὴν αἰτιολογικὴν διάγνωσιν ἐνὸς περιπρωκτικοῦ συριγγίου, ἂν καί, λόγῳ τῆς ἀνωμάλου πορείας αὐτοῦ, τοῦτο δὲν εἶναι πάντοτε κατορθωτόν. Θὰ ἔχωμεν πάντως ὑπ' ὄψιν, ὅτι περιοριστικὰ καὶ περιπρωκτικὰ συρίγγια δύνανται νὰ εἶναι ἐπὶ ἔτη τὰ πρῶτα σημεῖα τῆς νόσου τοῦ Crohn προηγούμενα κατὰ πολὺ τῶν ἄλλων κλινικῶν ἐκδηλώσεων, ἰδίως τῆς διαρροίας. Ἀποτελοῦν οὕτω τὰ πρόδρομα σημεῖα τῆς νόσου. Ὡς ἐκ τούτου, παρουσία ἐνὸς συριγγίου τοῦ πρωκτοῦ, θά ἐρευνᾶται λεπτομερῶς ὁ ἀσθενὴς καὶ θά ἐξετάζεται ἡ πιθανότης ὑπάρξεως μιᾶς κατὰ χώρας ἐντερίτιδος. Διαρροϊκὰ φαινόμενα, ἐπιπλεκόμενα ὑπὸ συριγγίου, θά στρέψουν τὴν προσοχὴν πρὸς τὴν ἐντερίτιδα ταύτην.

Κλινικαὶ μορφαί. - Συμπτωματικαὶ μορφαί. Αἱ κλινικαὶ ἐκδηλώσεις τῆς νόσου τοῦ Crohn ποικίλλουν, ἡ δὲ σχηματικὴ διαίρεσις αὐτῆς εἰς τρεῖς φάσεις — ὀξείαν, ὑποξείαν, χρονίαν μετὰ συριγγίων καὶ ἀποφρακτικῶν φαινομένων — πολλάκις δὲν ἀπαντᾷ.

Οὕτω, τὴν μακρᾶς διαρκείας διάρροϊαν τῆς ὑποξείας φάσεως δυνατόν νὰ διακόψουν ὀξεία, ἐπώδυνα καὶ ἐμπύρετα ἐπεισόδια. Δὲν εἶναι ἐπίσης σπάνιον ν' ἀποκαλυφθῇ ἡ νόσος τὸ πρῶτον, λόγῳ ἐπιπλοκῆς. Ἀνεφέραμεν ἤδη τὰ περιπρωκτικὰ συρίγγια. Ἄλλοτε ἡ νόσος εἰσβάλλει ὑπὸ μορφήν εἰλεοῦ, ἄλλοτε ὑπὸ μορφήν ἐνδο-ἢ περι-ειλείκων ἀποοστημάτων, ἐνῶ ἄλλοτε ὑπὸ μορφήν ὄγκου.

Τὸ ὄξυ καὶ ἀρχικὸν ἐπεισόδιον, τὸ ὑποδύμενον τὴν σκωληκοειδίτιδα, δυνατόν ἐπίσης ν' ἀπουσιάσῃ καὶ ἡ εἰσβολὴ νὰ ἐκδηλωθῇ ὑπὸ μορφήν διαρροϊκῶν φαινομένων.

Εἰς τὰ παιδιὰ ἡ νόσος ἐμφανίζεται συνήθως ὑπὸ τὴν ὀξείαν μορφήν, με ἰσχυροὺς πόνους κατὰ τὸν δεξιὸν λαγόνιον βόθρον, με ἐμέτους, με ἐπώδυνα φαινόμενα ἐκ τῆς κύστεως καὶ με θερμοκρασίαν 39°—40°.

Μορφαι άναλόγως τῆς έντοπίσεως. Οιαδήποτε μοῖρα τοῦ έντέρου δύναται νά προσβληθῆ, επί οίουδήποτε μήκους. Ἡ προσβολή δύο μοιρῶν ἢ καί περισσοτέρων χωριζομένων ἀλλήλων ὑπό ὕγιος τοιαύτης εἶναι ἐπίσης δυνατή. Οὕτως ἔχομεν προσβολήν εἰλεοῦ—νήστιδος, δωδεκαδακτύλου—νήστιδος, εἰλεοῦ—κόλου.

Διαφορικὴ διάγνωσις. Σπανίως θά τεθῆ εὐθὺς ἀμέσως ἢ διάγνωσις τῆς νόσου τοῦ Crohn. Καί τοῦτο, διότι πρόκειται ἀφ' ἑνός μὲν περί νόσου σχετικῶς σπανίας, κυρίως ὁμως λόγω τῶν ποικίλων κλινικῶν ἐκδηλώσεών της, αἵτινες ὑποχρεοῦν εἰς τὴν ἀναζήτησιν τῶν περισσοτέρων παθήσεων τοῦ έντέρου. Θά ἐξετάσωμεν ἐπομένως ποίας νόσους θά συζητήσωμεν παρουσιάζει: α) τοῦ ἀρχικοῦ ὀξέος ἐπεισοδίου, β) τῆς χρονίας διαρροίας καί τῶν κοιλιακῶν πόνων τῆς ὑποξείας φάσεως, γ) τῶν στενωτικῶν ἐκδηλώσεων τῆς χρονίας περιόδου.

Πρὶν ἢ συζητήσωμεν τὴν διαφορικὴν διάγνωσιν, ὑπενθυμίζομεν τὰ κυριώτερα συμπτώματα τῆς «κατὰ χώρας έντερίτιδος».

— Ἄτομον νέον τὴν ἡλικίαν.

— Διαρροϊκὸν σύνδρομον.

— Πυρετός, ἀναιμία.

— Ψηλαφητὴ μάζα παρὰ τὸν δεξιὸν λαγόνιον βόθρον.

— Ἀκτινολογικὸν ἔλλειμμα μοίρας τοῦ λεπτοῦ έντέρου, συνηθέστερον τῆς τελικῆς τοιαύτης, μὲ τὸ «string sign»

α) Τὸ ὀξὺ ἐπεισοδίον. Συγχέεται κατὰ κανόνα μὲ τὴν ὀξεῖαν σκωληκοειδίτιδα. Ὁρισμέναι λεπτομέρειαι κατὰ τὴν ἐξέτασιν στρέφουν ὑπὲρ τῆς διαγνώσεως τῆς νόσου τοῦ Crohn. Σπανίως ὁμως θά βασισθῆ τις ἐπὶ τούτων, καί ἔτι σπανιώτερον θά ἐμποδίσῃ τὴν χειρουργικὴν ἐπέμβασιν.

Ἄλλοτε ἢ ἀνώμαλος, ἐμπύρετος καί μετὰ διαρροϊκῶν φαινομένων εἰσβολὴ στρέφει τὴν διάγνωσιν πρὸς τὸν τυφοειδῆ πυρετὸν, τὴν βακτηριδικὴν δυσεντερίαν.

β) Κοιλιακὰ ἄλγη μετὰ διαρροϊκῶν φαινομένων. Ἡ ἀμοιβάδωσις, εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς, προβάλλει συνηθῶς ὡς τὸ κύριον αἷτιον. Ἡ ἀπουσία παρασίτων εἰς ἐπανειλημμένας ἐξετάσεις κοπράνων, ἢ ἀπουσία ὀρθοσκοπικῶν εὐρημάτων, ἢ ἀποτυχία τῆς θεραπευτικῆς ἀγωγῆς, ἀποκλείουν τὴν νόσον ταύτην.

Ἡ φυματίωσις τοῦ έντέρου δημιουργεῖ τὰ κυριώ-

τερα διαγνωστικά προβλήματα. Οί πόνοι, άνευ σαφοῦς έντοπίσεως, προσλαμβάνουν ένίστε τήν μορφήν τοῦ συνδρόμου τοῦ Koenig: πόνος, διόγκωσις μετά περισταλτικῶν κινήσεων καί τέλος βορβορυγμοί καί άποβολή άερίων καί ὕδαρῶν κοπράνων. Τὸ σύνδρομον τοῦτο παρατηρεῖται περισσότερο κατά τήν στενωτικὴν μορφήν τῆς φυματιώσεως. Αἱ κενώσεις, κατά τήν φυματίωσιν, εἶναι κατ' άρχήν πολτώδεις, πρωΐναι ἢ μετά τὰ γεύματα, έν συνεχείᾳ ὕδαρεῖς, δύσοσμοι καί πολλαί κατά 24ωρον. Ἐνίστε ὑπάρχει ψευδῆς διάρροια, βλεν-



Εἰκὼν 17. Ἐκτεταμένη φυματίωσις τοῦ λεπτοῦ έντέρου ἐπιβεβαιωθεῖσα χειρουργικῶς (ἰδία περίπτωση).

νώδης ἢ αίματηρά. Τά συμπτώματα ταῦτα ἐξελίσσονται περιοδικῶς, μετά πόνου, έμέτων, προσβολῆς τῆς γενικῆς καταστάσεως, χωριζόμενα ὑπό περιόδων κατά τὰς ὁποίας ἐπικρατεῖ ἡ δυσκοιλιότης. Θ' άναζητήσωμεν τήν συνύπαρξιν φυματιώσεως τῶν πνευμόνων ἢ έξωπνευμονικῆς τοιαύτης (όστῶν, αδένων κλπ.). Ἐξέτασις πτυέλων,

άναζητήσις τοῦ βακτηριδίου Koch εἰς τὸ γαστρικόν ὑγρὸν καὶ τὰ κόπρανα, ἀκτινογραφία πνευμόνων.

Ἡ αἱμορραγικὴ ὀρθοκολίτις, παρὰ τὸ διαρροϊκὸν σύνδρομον καὶ τοὺς πόνους, διαγιγνώσκεται εὐχερῶς χάρις εἰς τὴν κλινικὴν τῆς εἰκόνα, τὸ δυσεντερικὸν σύνδρομον, κυρίως ὁμοῦ χάρις εἰς τὰ παθογνωμονικὰ εὐρήματα ἐκ τῆς ὀρθοσκοπήσεως (βλ. σ. 147).

Παρὰ τὴν εὐχερῆ διαφορικὴν διάγνωσιν, αἱ δύο αὗται νόσοι—αἱμορραγικὴ ὀρθοκολίτις καὶ κατὰ χώρας ἐντερίτις—παρουσιάζουν κοινὰ σημεῖα: ἀγνώστου αἰτιολογίας, δυνατόν νὰ προσβάλλουν ἀμφοτέραι τὸ λεπτόν καὶ τὸ κόλον. Κατὰ τοὺς Warren καὶ Sommers, τὸ ἐν τέταρτον τῶν περιπτώσεων αἱμορραγικῆς ὀρθοκολίτιδος προσβάλλει τὴν τελικὴν μοῖραν τοῦ εἰλεοῦ. Κατὰ τὴν νόσον τοῦ Crohn τὸ κόλον προσβάλλεται δευτεροπαθῶς, ἀλλὰ καὶ συγχρόνως. Διὰ δὲ τὸν Felsen ὑπάρχουν ἄμεσοι αἰτιολογικαὶ σχέσεις μεταξὺ βακτηριδικῆς δυσεντερίας, νόσου τοῦ Crohn καὶ αἱμορραγικῆς ὀρθοκολίτιδος.

Ἡ sprue (σύνδρομον στεατορροίας) συνδυάζει κοιλιακὰ ἄλγη ὑπὸ τύπον βάρους, ἀπίσχανσιν καὶ διαρροϊκὰς κενώσεις περιεχούσας λίπος. Ὁρισμένα στοιχεῖα ἐπιτρέπουν τὴν διαφορικὴν διάγνωσιν: γλωσσίτις, ἐνίοτε στοματίτις ἐπεκτεινομένη μέχρι καὶ τοῦ φάρυγγος, μὲ συνέπειαν τὴν δυσφαγίαν. Συνήθης εἶναι ἡ μελανὴ χρώσις τοῦ δέρματος, ἀφορῶσα κυρίως τὰς ἀκαλύπτους ἐπιφανείας, ὁμοιάζουσα πρὸς τὴν πελλάγραν. Αἱ δερματοβλεννογόνοι ἢ σπλαγγχνικαὶ αἱμορραγίαι ἀποδίδονται εἰς ἔλλειψιν βιταμίνης Κ. Παρατηροῦνται ἐπίσης τετανικαὶ ἐκδηλώσεις.

Ἐπὶ πλέον καὶ σημαντικαὶ αἱματολογικαὶ καὶ βιολογικαὶ διαταραχαί. Εἰς τὰς πλέον τυπικὰς μορφὰς sprue, τὸ περιφερικὸν αἷμα ἔχει τοὺς χαρακτηῆρας τῆς ἀναιμίας τύπου Biermer, ὃ δὲ μυελὸς εἶναι συνήθως μεγαλοβλαστικός. Συχνὰ ὑπάρχει μόνον μακροκυττάρωσις, αὔξεις τοῦ κυτταρικοῦ ὄγκου, ἀναιμία καὶ λευκοπενία, μὲ φυσιολογικὸν ἀριθμὸν αἱμοπεταλίων. Ἡ ὑποπρωτεΐναιμία εἶναι συνήθης. Οἱ ἠλεκτρολύται, Na, K, Ca εἶναι σταθερῶς μειωμένοι. Ἡ καμπύλη προκλητῆς ὑπεργλυχαιμίας εἶναι ἐπίπεδος λόγω διαταραχῶν τῆς ἀπορροφήσεως τῶν ὑδατανθράκων. Τὰ ἀκτινολογικὰ σημεῖα τῆς sprue καὶ τῶν ἰδιοπαθῶν στεατορροϊῶν συνίστανται εἰς διαταραχὰς τοῦ τόνου καὶ τοῦ περισταλισμοῦ, μὲ ἀποτελέσμα τὸν τεμαχισμὸν τῆς σκιερᾶς στήλης εἰς σωρούς ἐκ βαρίου, ἀνωμάλου κατανομῆς.

γ) Αἰσθενωτικὰ ἐπεξεργασίαι τοῦ λεπτοῦ

έντερου. Καί εἰς τὸ στάδιον τοῦτο προβάλλει ἡ διάγνωσις τῆς φυματιώσεως διότι αἱ κλινικαὶ ἐκδηλώσεις εἶναι παρόμοιαι. Δεδομένου ὅτι ἡ πρωτοπαθὴς εἰλεο-τυφλικὴ φυματιώσις εἶναι σπανία, θ' ἀναζητήσωμεν πρόσφατα ἢ παλαιότερα ἐπεισόδια ἐκ τῶν πνευμόνων, δι' ἀκτινογραφιών, ἐξετάσεων πτυέλων, κοπράνων κ. λ. π.

— Ἡ ὑπερτροφικὴ μορφή τῆς εἰλεο-τυφλικῆς φυματιώσεως δὲν διαφορίζεται εὐχερῶς τῆς νόσου τοῦ Crohn, ἐφ' ὅσον τὸ κοιλιακὸν ἄλγη, ἡ διάρροια, ἡ ἀπίσχνανσις, ἡ ψηλάφησις μάζης παρὰ τὸν δεξιὸν λαγόνιον βόθρον εἶναι συμπτώματα κοινὰ καὶ εἰς τὰς δύο νόσους. Ἀλλὰ καὶ τ' ἀκτινολογικὰ τοιαῦτα μετὰ δυσχερείας διαχωρίζονται: ἡ μικρὰ ἔκτασις τῆς ἐστενωμένης μοίρας, ἡ ἐπέκτασις πρὸς τὸ τυφλόν, συνηγοροῦν περισσότερο ὑπὲρ τῆς φυματιώσεως. Γενικῶς ὅμως παρουσίᾳ εἰκόνας στενώσεως, ἡ ἀκτινολογία δὲν ἐπαρκεῖ διὰ τὴν διαφορικὴν διάγνωσιν μετὰ φυματιώσεως, ὄγκων καὶ τῆς κατὰ χώρας ἐντερίτιδος. Ἡ θεραπευτικὴ ὁμῶς ἔνδειξις εἶναι μία: ἡ χειρουργικὴ ἐξαιρέσις. Ἡ μακροσκοπικὴ καὶ μικροσκοπικὴ ἐξέτασις τοῦ ἐγχειρητικοῦ παρασκευάσματος θὰ δώσῃ τὴν ὀρθὴν ἀπάντησιν.

— Ὡρισμένοι «συστηματικοὶ νόσοι» ἐντοπίζονται καὶ εἰς τὸ ἔντερον. Οὕτως ἡ νόσος τοῦ Hodgkin καὶ τὸ σαρκοειδὲς τοῦ Besnier - Boeck - Schaumann δημιουργοῦν διαγνωστικὰ προβλήματα ὡσάκις προσβάλλουν μεμονωμένως τὸ λεπτόν ἔντερον. Εἰς τὴν τελευταίαν μάλιστα, ὡς εἶδομεν, ἡ ἱστολογικὴ εἰκὼν ὁμοιάζει μὲ τὴν τῆς εἰλεῖτιδος.

— Ἀλλὰ ἰδιαίτεροι. Ὅλοι οἱ κοιλιακοὶ ὄγκοι, ἰδίως τοῦ δεξιοῦ λαγονίου βόθρου, δημιουργοῦν διαγνωστικὰ προβλήματα. Ἡ διαπίστωσις κοιλιακῆς μάζης μετὰ συμπτωμάτων ἐκ τοῦ οὐροποιητικοῦ δὲν ὑπενθυμίζει μόνον τὸν καρκίνον τοῦ σιγμοειδοῦς, ἀλλὰ καὶ τὴν κατὰ χώρας ἐντερίτιδα.

Τὰ συρίγγια εἶναι πηγὴ διαγνωστικῶν δυσχερειῶν. Ἐάν μετὰ τὴν διάνοιξιν ἐνὸς ἀποστήματος τοῦ δεξιοῦ λαγονίου βόθρου παραμείνῃ συρίγγιον μὴ ἰώμενον, δεόν νὰ σκεφθῶμεν τὴν ἐντερίτιδα, ἀλλὰ καὶ τὴν φυματιώσιν. Θ' ἀναζητηθῇ τὸ βακτηρίδιον Koch. Ἡ σπανία ἀκτινομυκητίασις διανοίγεται πρὸς τὸ δέρμα διὰ πολλαπλῶν συριγγίων μὲ χεῖλη σκληρὰ, τυλώδη.

αναζητήσις τοῦ βακτηριδίου Koch εἰς τὸ γαστρικὸν ὑγρὸν καὶ τὰ κόπρανα, ἀκτινογραφία πνευμόνων.

Ἡ αἱμορραγικὴ ὀρθοκολίτις, παρά τὸ διαρροϊκὸν σύνδρομον καὶ τοὺς πόνους, διαγιγνώσκεται εὐχερῶς χάρις εἰς τὴν κλινικὴν τῆς εἰκόνα, τὸ δυσεντερικὸν σύνδρομον, κυρίως ὁμοῦς χάρις εἰς τὰ παθογνωμονικὰ εὐρήματα ἐκ τῆς ὀρθοσκοπήσεως (βλ. σ. 147).

Παρά τὴν εὐχερῆ διαφορικὴν διάγνωσιν, αἱ δύο αὐταὶ νόσοι—αἱμορραγικὴ ὀρθοκολίτις καὶ κατὰ χώρας ἐντερίτις—παρουσιάζουν κοινὰ σημεῖα: ἀγνώστου αἰτιολογίας, δυνατόν νὰ προσβάλλουν ἀμφότεραι τὸ λεπτόν καὶ τὸ κόλον. Κατὰ τοὺς Warren καὶ Sommers, τὸ ἐν τέταρτον τῶν περιπτώσεων αἱμορραγικῆς ὀρθοκολίτιδος προσβάλλει τὴν τελικὴν μοῖραν τοῦ εἰλεοῦ. Κατὰ τὴν νόσον τοῦ Crohn τὸ κόλον προσβάλλεται δευτεροπαθῶς, ἀλλὰ καὶ συγχρόνως. Διὰ δὲ τὸν Felsen ὑπάρχουν ἀμεσοὶ αἰτιολογικαὶ σχέσεις μεταξύ βακτηριδικῆς δυσεντερίας, νόσου τοῦ Crohn καὶ αἱμορραγικῆς ὀρθοκολίτιδος.

Ἡ sprue (σύνδρομον στεατορροίας) συνδυάζει κοιλιακὰ ἄλγη ὑπὸ τύπον βάρους, ἀπίσχαναι καὶ διαρροϊκὰς κενώσεις περιχοῦσας λίπος. Ὁρισμένα στοιχεῖα ἐπιτρέπουν τὴν διαφορικὴν διάγνωσιν: γλωσσίτις, ἐνίοτε στοματίτις ἐπεκτεινομένη μέχρι καὶ τοῦ φάρυγγος, μὲ συνέπειαν τὴν δυσφαγίαν. Συνήθης εἶναι ἡ μελανὴ χρῶσις τοῦ δέρματος, ἀφορῶσα κυρίως τὰς ἀκαλύπτους ἐπιφανείας, ὁμοιάζουσα πρὸς τὴν πελλάγραν. Αἱ δερματοβλεννογόνοι ἢ σπλαγχνικαὶ αἱμορραγίαι ἀποδίδονται εἰς ἔλλειψιν βιταμίνης Κ. Παρατηροῦνται ἐπίσης τετανικαὶ ἐκδηλώσεις.

Ἐπάρχουν, ὁμοῦς, ἐπὶ πλέον καὶ σημαντικαὶ αἱματολογικαὶ καὶ βιολογικαὶ διαταραχαί. Εἰς τὰς πλέον τυπικὰς μορφὰς sprue, τὸ περιφερικὸν αἷμα ἔχει τοὺς χαρακτηρας τῆς ἀναιμίας τύπου Biermer, ὃ δὲ μυελὸς εἶναι συνήθως μεγαλοβλαστικός. Συχνὰ ὑπάρχει μόνον μακροκυττάρωσις, αὐξήσις τοῦ κυτταρικοῦ ὄγκου, ἀναιμία καὶ λευκοπενία, μὲ φυσιολογικὸν ἀριθμὸν αἱμοπεταλίων. Ἡ ὑποπρωτεϊναιμία εἶναι συνήθης. Οἱ ἠλεκτρολύται, Na, K, Ca εἶναι σταθερῶς μειωμένοι. Ἡ καμπύλη προκλήτης ὑπεργλυχαίμιας εἶναι ἐπίπεδος λόγω διαταραχῶν τῆς ἀπορροφήσεως τῶν ὕδατανθράκων. Τὰ ἀκτινολογικὰ σημεῖα τῆς sprue καὶ τῶν ἰδιοπαθῶν στεατορροϊῶν συνίστανται εἰς διαταραχὰς τοῦ τόνου καὶ τοῦ περισταλτισμοῦ, μὲ ἀποτέλεσμα τὸν τεμαχισμὸν τῆς σκιερᾶς στήλης εἰς σωροὺς ἐκ βαρίου, ἀνωμάλου κατανομῆς.

γ) Αἱ στενωτικαὶ ἐπεξεργασίαι τοῦ λεπτοῦ

έντερου. Καί εἰς τὸ στάδιον τοῦτο προβάλλει ἡ διάγνωσις τῆς φυματιώσεως διότι αἱ κλινικαὶ ἐκδηλώσεις εἶναι παρόμοιαι. Δεδομένου ὅτι ἡ πρωτοπαθὴς εἰλεο-τυφλικὴ φυματιώσις εἶναι σπανία, θ' ἀναζητήσωμεν πρόσφατα ἢ παλαιότερα ἐπεισόδια ἐκ τῶν πνευμόνων, δι' ἀκτινογραφίων, ἐξετάσεων πτυέλων, κοπράνων κ. λ. π.

— Ἡ ὑπερτροφικὴ μορφή τῆς εἰλεο-τυφλικῆς φυματιώσεως δὲν διαφορίζεται εὐχερῶς τῆς νόσου τοῦ Crohn, ἐφ' ὅσον τὸ κοιλιακὸν ἄλγη, ἡ διάρροια, ἡ ἀπίσχνανσις, ἡ ψηλάφησις μάξης παρά τὸν δεξιὸν λαγόνιον βόθρον εἶναι συμπτώματα κοινὰ καὶ εἰς τὰς δύο νόσους. Ἀλλὰ καὶ τ' ἀκτινολογικὰ τοιαῦτα μετὰ δυσχερείας διαχωρίζονται: ἡ μικρὰ ἔκτασις τῆς ἐστενωμένης μοίρας, ἡ ἐπέκτασις πρὸς τὸ τυφλόν, συνηγοροῦν περὶ σσότερον ὑπὲρ τῆς φυματιώσεως. Γενικῶς ὁμως παρουσιάζει εἰκόνας στενώσεως, ἡ ἀκτινολογία δὲν ἐπαρκεῖ διὰ τὴν διαφορικὴν διάγνωσιν μεταξὺ φυματιώσεως, ὄγκων καὶ τῆς κατὰ χώρας ἐντερίτιδος. Ἡ θεραπευτικὴ ὁμως ἔνδειξις εἶναι μία: ἡ χειρουργικὴ ἐξαιρέσις. Ἡ μακροσκοπικὴ καὶ μικροσκοπικὴ ἐξέτασις τοῦ ἐγχειρητικοῦ παρασκευάσματος θὰ δώσῃ τὴν ὀρθὴν ἀπάντησιν.

— Ὡρισμέναι «*συστηματικαὶ νόσοι*» ἐντοπίζονται καὶ εἰς τὸ ἔντερον. Οὕτως ἡ νόσος τοῦ Hodgkin καὶ τὸ σαρκοειδὲς τοῦ Besnier - Boeck - Schaumann δημιουργοῦν διαγνωστικὰ προβλήματα ὡσάκις προσβάλλουν μεμονωμένως τὸ λεπτόν ἔντερον. Εἰς τὴν τελευταίαν μάλιστα, ὡς εἶδομεν, ἡ ἱστολογικὴ εἰκὼν ὁμοιάζει μετὰ τῆς εἰλείτιδος.

— Ἀλλὰ *διαγνώσεις*. Ὅλοι οἱ κοιλιακοὶ ὄγκοι, ἰδίως τοῦ δεξιοῦ λαγονίου βόθρου, δημιουργοῦν διαγνωστικὰ προβλήματα. Ἡ διαπίστωσις κοιλιακῆς μάξης μετὰ συμπτωμάτων ἐκ τοῦ οὐροποιητικοῦ δὲν ὑπενθυμίζει μόνον τὸν καρκίνον τοῦ σιγμοειδοῦς, ἀλλὰ καὶ τὴν κατὰ χώρας ἐντερίτιδα.

Τὰ συρίγγια εἶναι πηγὴ διαγνωστικῶν δυσχερειῶν. Ἐὰν μετὰ τὴν διάνοιξιν ἑνὸς ἀποστήματος τοῦ δεξιοῦ λαγονίου βόθρου παραμείνη συρίγγιον μὴ ἰώμενον, δεόν νὰ σκεφθῶμεν τὴν ἐντερίτιδα, ἀλλὰ καὶ τὴν φυματιώσιν. Θ' ἀναζητηθῇ τὸ βακτηρίδιον Koch. Ἡ σπανία ἀκτινομυκητίσας διανοίγεται πρὸς τὸ δέρμα διὰ πολλαπλῶν συριγγίων μετὰ χεῖλη σκληρὰ, τυλώδη.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ἡ θεραπευτικὴ ἀγωγή διαφέρει ἀναλόγως τοῦ σταδίου ἐξελίξεως τῆς νόσου, μέχρι σήμερον δὲ οὐδεὶς κανὼν τυγχάνει τῆς κοινῆς παραδοχῆς.

Περιπτώσεις ὑποδυόμεναι τὴν σκωληκοειδίτιδα. Αἱ βλάβαι εἶναι πρόσφατοι, ἀνατάξιμοι, ἡ δὲ μακροσκοπικὴ εἰκὼν ἐπιτρέπει τὴν διάγνωσιν. Αἱ γνώμαι διχάζονται ὅσον ἀφορᾷ τὴν θεραπευτικὴν ἀγωγήν. Ὁ Bockus καὶ ἄλλοι συνιστοῦν τὴν ἐξάφρῃσιν τῆς σκωληκοειδοῦς, ἄνευ παροχετεύσεως. Ὁ Crohn, ὁ Garlock καταδικάζουν τὴν σκωληκοειδεκτομὴν, ὡς μελλοντικὴν πιθανὴν πηγὴν μετεγχειρητικῶν κοπροχῶν συριγγίων. Ἐν Γαλλίᾳ οἱ Bergeret καὶ Sèpèque ἔχουν τὴν αὐτὴν γνώμην. Οἱ Clavel καὶ Morel ἐπὶ 25 περιπτώσεων ἐκτομῆς τῆς πασχούσης μοίρας συμπληρουμένης δι' ἐίλεστομίας ὑπερθεν, ἐπιτυγχάνουν 22 ἰάσεις, 2 θανάτους, 1 ὑποτροπὴν.

Ἄλλοι ἀπαγορεύουν οἰανδήποτε ἐπέμβασιν, ἐάν φυσικὰ διαγνωσθῇ καὶ ἀποκλεισθῇ ἡ περίπτωσις ὄξείας σκωληκοειδίτιδος, δεδομένου ὅτι ἐπέρχεται ἡ αὐτόματος ἰασις. Ἐάν ἡ ἐπέμβασις λάβῃ χώραν καὶ μακροσκοπικῶς διαγνωσθῇ ἡ εἰλεΐτις, τί ὀφείλει νὰ πράξῃ ὁ χειρουργός; Κατὰ τοὺς Rachei καὶ Busson θ' ἄρκεσθῇ εἰς διήθησιν τοῦ μεσεντερίου, ἐν ἀνάγκῃ καὶ τοῦ λεπτοῦ, διὰ νοβοκαϊνης 1%, κατὰ τὴν μεθόδον τοῦ Forget. Ταχύτατα, ἐντὸς ὀλίγων λεπτῶν, αἱ μακροσκοπικαὶ βλάβαι ἐξαφανίζονται. Τὸ λεπτόν προσλαμβάνει ὄψιν καὶ σύστασιν φυσιολογικὴν. Ἡ ἀπλὴ αὕτη χειρονομία φαίνεται ὅτι πολλάκις ἐπιφέρει ὀριστικὴν ἰασιν. Ὁ Forget ἀναφέρει τοιαύτην ἰασιν ἀπὸ δεκαετίας, ἀνάλογα δὲ εὐνοϊκὰ ἀποτελέσματα ἐπέτυχον καὶ οἱ Rachei καὶ Busson.

Μετεγχειρητικῶς θὰ χορηγήσωμεν σουλφοναμίδας, βιοθεραπευτικά. Συνιστᾶται ἐπίσης θεραπεία ἀπυαισθητοποιήσεως. Ἡ πρωτεΐνοθεραπεία (βλ. σ. 170) ἐνδείκνυται.

Ἐποξεΐα ἢ χρονία κατὰ χώρας ἐντερίτις. α) Ἱατρικὴ θεραπεία. Ἡ δίαιτα εἶναι πλέον ἢ ἀπαραίτητος. Πλουσία εἰς ὕδατάνθρακας, πτωχὴ εἰς λίπος, ἄνευ ὑπολειμμάτων. Ἡ βιταμίνη Β διευκολύνει τὴν χρησιμοποίησιν τοῦ πλουσίου εἰς ὕδατάνθρακας διαιτολογίου. Εἰς περίπτωσιν γαστρικῆς ἀχυλίας θὰ προσθέσωμεν ὑδροχλωρικὸν ὄξύ καὶ σίδηρον. Ἐπίσης θὰ χορηγήσωμεν

άσβεστιον ὑπὸ μορφὴν γαλακτικοῦ ἢ γλυκονικοῦ ἁλατος. Θὰ καταπολεμήσωμεν τὴν ὑποπρωτεΐναιμίαν διὰ τοῦ πλάσματος ἢ τῶν μεταγύσεων αἵματος. Κατὰ τῆς διαρροίας θὰ δώσωμεν βισμούθιον, ἀτροπίνην, κοδεΐνην κ.λ.π.

Ἡ κορτιζόνη δρᾶ εὐνοϊκῶς ἐπὶ τῶν γενικῶν καὶ λειτουργικῶν συμπτωμάτων τῆς ἐντερίτιδος. Ἡ ὄρεξις ἐπανερχεται, ὁ ἀριθμὸς τῶν κενώσεων μειοῦται, ἡ σύστασις τῶν βελτιοῦται, ὁ ἄρρωστος αἰσθάνεται εὐφορίαν, τὸ βάρος του αὐξάνει, ὁ πυρετός, ἡ καθίζησις πίπτουν. Τὰ ἀκτινολογικὰ ὅμως σημεῖα δὲν μεταβάλλονται, ἡ δὲ κορτιζόνη δρᾶ μόνον ἀνασταλτικῶς.

Ὁρισμένον χρονικὸν διάστημα μετὰ τὴν διακοπὴν τῆς, ὀλίγας ἡμέρας ἕως δύο μῆνας, ὁ ἄρρωστος ὑποτροπιάζει, ἡ ὁρμονοθεραπεία ὅμως αὕτη ἐπαναλαμβανομένη δρᾶ καὶ πάλιν εὐνοϊκῶς. Χρησιμεύει οὕτως ἡ κορτιζόνη εἰς τὴν προπαρασκευὴν τοῦ ἀρρώστου διὰ μελλοντικὴν χειρουργικὴν ἐπέμβασιν.

β) Χειρουργικὴ θεραπεία. Ἐνδείκνυται εἰς ἅς περιπτώσεις αἱ βλάβαι παύουν πλέον νὰ εἶναι ἀνατάξιμοι. Ἀπαραίτητος δὲ εἰς περιπτώσιν χρονίας ἀποφράξεως, εἰλεοῦ, εἰλεακῶν ἀποστημάτων, συριγγοποιήσεως εἰς τὸ δέρμα ἢ ἐντὸς ὀργάνων. Ἡ δυσκολλία προκύπτει ὡσάκις πρόκειται νὰ κρίνωμεν κλινικῶς κατὰ πόσον αἱ βλάβαι εἶναι ἢ ὄχι ἀνατάξιμοι. Εἰς τὴν πρώτην περίπτωσιν θὰ ἐφαρμόσωμεν τὴν φαρμακοδισαιτητικὴν ἀγωγὴν. Κατὰ τὸν Bockus, εἰς ἀρρώστους μὲ βλάβας ἐλάχιστα ἐκτεταμένας καὶ ἄνευ σαφοῦς στενώσεως, ἄνευ φαινομένων λοιμώξεως ἢ ἀποφράξεως, ἐπιβάλλεται ἡ τοιαύτη ἀγωγή, ἂν ἀρκεῖ νὰ παρακολουθῶνται οὗτοι συχνὰ ἀκτινολογικῶς. Ἐὰν παρὰ ταῦτα δὲν ἐπέλθῃ οὔτε κλινικὴ οὔτε ἀκτινολογικὴ βελτίωσις, ἡ ἐπέμβασις ἐνδείκνυται.

Ἡ ἔδρα τῶν βλαβῶν θὰ κρίνῃ ὡσαύτως. Παρουσία μιᾶς ἐκτεταμένης καὶ μὴ ἐπιπεπλεγμένης εἰλεονησιτίτιδος, θὰ ἐφαρμοσθῇ ἡ ἰατρικὴ θεραπεία ἢ ἡ χειρουργικὴ, ἥτις θὰ ἀφαίρῃ μέγα τμήμα ἐντέρου, μὲ ὅλας τὰς ἐκ ταύτης συνεπείας. Παρουσία ἐντετοπισμένης βλάβης τῆς τελικῆς μοῖρας ἐνδείκνυται ἡ χειρουργικὴ ἐξαιρέσις. Αἱ πλέον συνήθεις ἐπεμβάσεις συνίστανται εἰς παροχετεύσεις ἢ ἐξαιρέσεις.

Ἡ πλέον ἐφαρμοζομένη συνίσταται εἰς ἀναστόμωσιν τοῦ εἰλεοῦ μετὰ τοῦ ἐγκαρσίου, ἥτις συμπληροῦται μὲ ἀποκλεισμὸν τῆς ἑλικος.

Ἡ ἐξαιρέσις ἀφορᾷ τὴν προσβληθεῖσαν μοῖραν τοῦ λεπτοῦ, ἂν

δὲ αἱ βλάβαι ἔχουν ἐπεκταθῆ πρὸς τὸ τυφλόν, συμπληροῦται ὑπὸ δεξιᾶς ἡμικολεκτομῆς εἰς ἓνα ἢ δύο χρόνους.

Οἱ Rachei καὶ Busson συνιστοῦν εὐρεῖαν ἐξαιρέσιν τῆς ἐντερικῆς ἔλικος, ἀκόμη καὶ ὅταν αἱ βλάβαι φαίνωνται περιορισμένης ἐκτάσεως, ἰδίως ὡσάκις οἱ ἀδένες τοῦ μεσεντερίου εἶναι διωγκωμένοι. Ἀποφεύγονται τοιοῦτοτρόπως μετεγχειρητικαὶ ὑποτροπαί.

Αἱ μεγάλαι ὄμως ἐξαιρέσεις ἔχουν καὶ δυσαρέστους συνεπείας, ὡς δημιουργοῦσαι στερητικὸν σύνδρομον : διάρροϊαν, στεατόρροϊαν ὑποπρωτεΐναιμιαν, οἰδήματα.

ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΑ, ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΩΣΙΣ ΚΑΙ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΤΙΣ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΟΣ

Τὸ ἐκκόλπωμα εἶναι μία ἀνατομικὴ ἀνωμαλία ὑπὸ μορφῇ θύλακος ποικίλου μεγέθους, ἐξαρτωμένου ἐκ τῶν τοιχωμάτων τοῦ ὄργανου μετὰ τοῦ ὁποίου καὶ ἐπικοινωνεῖ διὰ μίσχου.

Ἄπαντ'α κατ' ἄνισον συχνότητα κατὰ μῆκος ὀλοκλήρου τοῦ πεπτικοῦ σωλήνος, ἀπὸ τοῦ φάρυγγος μέχρι καὶ τοῦ ὄρθου.

Θὰ διακρίνωμεν οὕτω τὰ ἐκκόλπωματα τοῦ οἰσοφάγου, τοῦ στομάχου, τοῦ δωδεκαδακτύλου, τοῦ λεπτοῦ καὶ τοῦ παχέος ἐντέρου.

Τὰ πλέον συχνὰ εἶναι τὰ τοῦ παχέος ἐντέρου, ἰδίως τὰ τοῦ κατιόντος - σιγμοειδοῦς, ὅπου πολλάκις δημιουργοῦν ἐπιπλοκάς βαρείας μορφῆς.

Καλοῦμεν ἐκκόλπωμα τῶσιν τὴν κατάστασιν ἐκείνην, καθ' ἣν παρατηροῦνται πλείονα τοῦ ἐνός ἐκκόλπωματα κατὰ μῆκος τοῦ ὄργανου, καὶ ἅτινα ἐξελισσονται σιωπηρῶς, ἄνευ κλινικῶν ἐκδηλώσεων ἢ λίαν ἀβληχρῶν τοιοῦτων.

Ἐκκόλπωμα τῆσιν καλοῦμεν τὴν φλεγμονὴν τούτων, ἐκδηλουμένην μὲ ἔντονα κλινικὰ φαινόμενα, ἀλλὰ καὶ ἐπιπλοκάς σοβαρωτάτης μορφῆς.

1. Ἐκκόλπωματα τοῦ οἰσοφάγου.

Σακκοειδεῖς προβολαὶ ἐν εἴδει θύλακος, ἐξαρτώμεναι ἐκ τινος σημείου τοῦ οἰσοφαγικοῦ τοιχώματος μετὰ τοῦ ὁποίου ἐπικοινωνοῦν δι' ἐνός μίσχου.

Διακρίνωμεν δύο μεγάλας ὁμάδας τούτων:

- α) Τὰ φάρυγγο - οἰσοφαγικὰ ἐκκόλπωματα.
- β) Τὰ οἰσοφαγικὰ, ἅτινα περιλαμβάνουν τὰ ἐπιβρογχικὰ καὶ τὰ ἐπιφρενικὰ.

Α' Τὰ φάρυγγο - οἰσοφαγικὰ ἐκκόλπωματα. Ταῦτα περιεγράφησαν τὸ πρῶτον τὸ 1764 ὑπὸ τοῦ von Ludlow,

έμελετήθησαν ὁμῶς κυρίως τὸ 1877 ὑπὸ τοῦ Zenker, τοῦ ὁποῖου καὶ φέρουν τὸ ὄνομα.

Ἐν τῇ πραγματικότητι δὲν πρόκειται περὶ γνησίων ἐκκολπωμάτων τοῦ οἰσοφάγου, δεδομένου ὅτι ἀνήκουν μᾶλλον εἰς τὸν ὑποφάρυγγα, καὶ ἔχουν πάντοτε σταθερὰν ἔδραν: πρόκειται περὶ κήλης τοῦ βλεννογόνου καὶ ὑποβλεννογονίου χιτῶνος τοῦ ὑποφάρυγγος, κατὰ τὴν ὀπισθίαν μοῖραν τοῦ φάρυγγο-οἰσοφαγικοῦ ὀρίου—κατὰ τὸ τρίγωνον τοῦ Laimer—ὅπου καὶ τελεῖται ἡ ἔνωσις τῶν λοξῶν καὶ ἐγκαρσίων Ἰνῶν τοῦ κρικοφάρυγγικοῦ μύος.

Ἐκ παθογενετικῆς ἀπόψεως ὑποστηρίζονται δύο θεωρίαι: Κατὰ τὴν μίαν τὸ ἐκκόλπωμα τοῦτο θεωρεῖται ὡς συγγενοῦς αἰτιολογίας καὶ ὀφείλεται εἰς ἀναστολὴν τῆς ἀναπτύξεως, ἀντιστοιχεῖ δὲ πρὸς τὸν φαρυγγικὸν θύλακα τοῦ χοίρου.

Κατὰ τὴν ἑτέραν, τοῦτο εἶναι ἀποτέλεσμα μηχανικῆς αἰτιολογίας, καθ' ἣν προβάλλονται δύο αἰτία:

— Τὸ ἐκκόλπωμα εἶναι ἀποτέλεσμα συνεχῶν πιέσεων ἐκ τῶν ἔσω λόγῳ ὡσεὺς ὑπὸ τῶν τροφῶν, παρὰ τὸ ἀσθενὲς σημεῖον τοῦ φάρυγγο-οἰσοφαγικοῦ τοιχώματος.

— Ἡ ἠϋξημένη τάσις λόγῳ ἀσυνεργίας τοῦ φαρυγγικοῦ μυϊκοῦ συστήματος (Chevalier—Jackson) δημιουργεῖ τοῦτο.

Αἱ δύο αἰτιαὶ ἀπόψεις—συγγενῆς καὶ ἐξ ὥσεως—συνδυάζονται ἐφ' ὅσον θὰ πρέπη νὰ παραδεχθῶμεν καὶ τὸν ρόλον τοῦ συγγενοῦς ἀσθενοῦς τοιχώματος.

Ποικίλου μεγέθους, ἀπὸ 4—10 ἐκ., ἐνίοτε πολὺ μεγαλυτέρων διαστάσεων, δύνανται νὰ περιλάβουν μέχρι καὶ 500 γραμ. ὕγρου, ὅποτε τὸ ἐκκόλπωμα τοῦ Zenker πιέζει ἐκ τῶν ὀπισθεν τὸν οἰσοφάγον καὶ κατέρχεται ὀπισθεν τοῦ οἰσοφάγου καὶ ἔμπροσθεν τῆς σπονδυλικῆς στήλης. Ἐκείθεν λαμβάνει πλαγίαν θέσιν, ὀπισθεν τῶν πλαγίων τραχηλικῶν μυῶν καὶ ὑπερθεν τῆς κλειδός. Τὸ μέγεθός του αὐξάνει πολὺ βραδέως, εἰς διάστημα πολλῶν ἐτῶν. Ὁ ἰσθμὸς εἶναι εὐρύς καὶ ὡς ἐκ τούτου ἐπικοινωνεῖ ἀπ' εὐθείας μετὰ τοῦ φάρυγγος, ἐνῶ τὸ οἰσοφαγικὸν στόμιον ἀπωθεῖται πρὸς τὸν λάρυγγα.

Κλινικὴ εἰκὼν. Διακρίνομεν τρία στάδια ἐξελιξεως τοῦ ἐκκόλπωματος τούτου:

— Στάδιον φαρυγγικοῦ ἐρεθισμοῦ.

— Στάδιον δυσφαγίας.

— Στάδιον ἀποφράξεως.

— Ἡ εἰσβολὴ εἶναι λίαν βραδεῖα. Ἐπὶ ἔτη τὸ ἐκκόλπωμα ἐξελίσσεται ὑπόουλως, ἀσυμπωματικῶς. Κατὰ τὸ στάδιον τοῦτο ἐκδηλοῦνται φαινόμενα ὀφειλόμενα εἰς ἐρεθισμόν τοῦ φάρυγγος, ὅπως αἰσθημα καύσου, ξηρὸς βῆξ, ἄφθονος σιαλόρροια ἢ καὶ αἰσθημα ἔξενου σώματος κατὰ τὴν κατάποσιν.

— Μετὰ πάροδον πολλῶν ἐτῶν ἐκδηλοῦνται τὰ φαινόμενα δυσ-

φαγίας. Κατ' ἀρχάς αὕτη εἶναι διαλείπουσα, ἐν συνεχείᾳ δὲ μό-
νιμος. Ἀρχικῶς ἀφορᾷ τὰς στερεὰς τροφάς, αἵτινες καθηλοῦνται,
ἐνῶ ἄλλοι βλωμοὶ διέρχονται ἀκωλύτως. Ἐνίοτε εἶναι ἐπώδυνος,
ἐκδηλοῦται κατὰ τὴν ἀρχὴν τοῦ γεύματος καὶ ὑποχωρεῖ περὶ τὸ
τέλος τούτου.

— Ὀλίγον κατ' ὀλίγον ἢ δυσφαγία ἀφορᾷ πλέον καὶ τὰ ὑγρά,
μὲ ἀναγωγὰς μετὰ τὰ γεύματα ἢ τὴν νύκτα. Ἄλλοτε πάλιν ἐμφανί-
ζεται περιοδικῶς πλήρης ἀπόφραξις, μὲ ἀποτέλεσμα αἴσθημα πνι-
γμοῦ, ἰλιγγους, λιποθυμίας. Αἱ ἀναγωγαὶ ἀφοροῦν στερεὰς τροφάς
προηγούμενων γευμάτων μὴ πεφθείσας. Οὕτως ἢ ἀπόφραξις εἶναι
λίαν ἐκσεσημασμένη, οὐχὶ ὁμως πλήρης.

Κατὰ τὴν ἐξέτασιν δυνατόν νὰ παρατηρήσωμεν, κατὰ τὴν πλα-
γίαν τραχηλικὴν χώραν, διόγκωσιν ἐξαφανιζομένην περιοδικῶς,
μεγεθυνομένην μετὰ τὰ γεύματα, πλέον σαφῆ κατὰ τὴν ὑπέρεκ-
τασιν. Αὕτη ἀκολουθεῖ τὰς κινήσεις ἀνόδου τοῦ λάρυγγος κατὰ
τὴν κατάποσιν, εἶναι δὲ μαλθακῆς συστάσεως κατὰ τὴν ψηλάφησιν.
Κατὰ τὴν πίεσιν ἀλλάσει σχῆμα καὶ μειοῦται εἰς μέγεθος ὅταν
κενωθῆ, ἐγκαταλείπουσα ἤχον γλουγλουκισμοῦ.

Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις θὰ θέσῃ τὴν διάγνωσιν,
προσδιορίζουσα τὴν ἀκριβῆ θέσιν, τὸ μέγεθος τοῦ θύλακος καὶ τὸν
βαθμὸν στενώσεως. Ἐὰν ὁ θύλαξ εἶναι κενός, θὰ πληρωθῆ ἀμέσως
ὑπὸ τοῦ βαρ. πόλτου, ἐν συνεχείᾳ δὲ καὶ ὁ οἰσοφάγος. Ὡς ἐκ
τούτου εἶναι προτιμότερα ἢ ἐξέτασις εἰς πλαγίαν θέσιν. Θὰ παρα-
τηρήσωμεν οὕτω θύλακα μεγέθους ὥσθ ἢ πορτοκαλλίου, συμμετρι-
κόν, μὲ ὁμαλὴν παρυφὴν, σχεδὸν στρογγύλον, ὅστις κενοῦται ἐντὸς
τοῦ οἰσοφάγου, ἐνίοτε μὲ ζώνην ἀέρος ὕπερθεν. Καὶ μετὰ τὴν κέ-
νωσιν τοῦ οἰσοφάγου ὁ βαρ. πόλτος παραμένει ἐπὶ τι χρονικὸν διά-
στημα ἐντὸς τοῦ θύλακος τούτου.

Ἡ ἐξέλιξις εἶναι βραδεῖα, ἀπὸ ὀλίγων μηνῶν μέχρι καὶ
20 ἐτῶν. Ἐνίοτε ὁμως ἢ γενικὴ κατάστασις τοῦ ἀρρώστου ἐπιδει-
νοῦται λόγῳ ὑποσιτισμοῦ, ἀφυδατώσεως, σωματικῆς ἀπισχνάνσεως,
ἀλλὰ καὶ λόγῳ ἐπιπλοκῶν: δύσπνοια ἐκ πιέσεως, βρογχοπνευμονία,
στηθαγχικαὶ κρίσεις, ἀπόστημα πνεύμονος, ἀκόμη καὶ οἰσοφα-
γο - βρογχικὸν συρίγγιον.

Θεραπεία. Κατ' ἀρχὴν θὰ πρέπη ν' ἀποφευχθῆ πᾶσα μόλυν-
σις τοῦ ἐκκολπώματος. Ὡς ἐκ τούτου ἐπιβάλλεται χρῆσις εὐπέπτων
τροφῶν, ὑπὸ πολτώδη κυρίως μορφήν.

Ὅσακις ὁμως τὸ ἐκκόλπωμα διογκωθῆ καὶ προκαλῆ φαινόμενα
πιέσεως κλπ., ἢ μόνη ἐνδεικνυομένη θεραπεία εἶναι ἢ χειρουργικὴ
ἐξαίρεσις.

Β' Έκκολπώματα του κυρίως οισοφάγου. Ταῦτα εἶναι πολὺ περισσότερον συχνὰ ἀπὸ ὅ,τι γενικῶς νομίζεται. Λόγῳ ὅμως τῆς κλινικῆς των συμπτωματολογίας· συγχεομένης μὲ ἄλλην ἄλλης παθήσεως, ἢ ἀβληχρᾶς ἢ ἄλλοτε ἀνυπάρκτου — παραμελεῖται ὁ συστηματικὸς ἔλεγχος τοῦ ὄργανου τούτου.

Ἀναλόγως τῆς ἐντοπίσεως των, κατατάσσομεν τὰ ἐκκολπώματα ταῦτα εἰς δύο ομάδας: α) τὰ ἐπιβρογχικά, β) τὰ ἐπιφρενικά.

α) Ἐπιβρογχικὰ ἢ ἀορτικο·βρογχικὰ ἐκκολπώματα. Ὁ δεύτερος οὗτος ὅρος προτιμᾶται ὑπὸ τοῦ Soulas, ὡς ὑποδεικνύων ἀκριβέστερον τὴν ἐντόπισιν ἐπὶ τῆς μοίρας ἐκείνης τοῦ οἰσοφάγου, τῆς εὐρισκομένης μεταξὺ τοῦ ἀορτικοῦ τόξου καὶ τοῦ διχασμοῦ τῆς τραχείας. Ἡ μοῖρα αὕτη ἔχει ἀμέσους σχέσεις μετὰ τῶν ὀργάνων τοῦ μεσοθωρακίου καὶ ἰδίως μετὰ τῶν τραχειο·βρογχικῶν λεμφαδένων, εὐρίσκεται δὲ ἔμπροσθεν τοῦ 3ου ἕως 6ου θωρακικοῦ σπονδύλου. Ἡ ἀπόστασις ἀπὸ τῶν ὀδόντων ποικίλλει ἀπὸ 21 ἕως 28 ἐκ.

Παθολογικὴ ἀνατομικὴ. Θύλαξ ῥοειδῆς, μήκους 2—5 ἐκατ. ἐκκινῶν ἐκ τῆς δεξιᾶς ἢ ἀριστερᾶς προσθιοπλαγίας ἐπιφανείας τοῦ οἰσοφάγου. Ἐνίοτε ὁ πυθμὴν του συμφύεται μεθ' ἑνὸς λεμφαδένος, τοῦ ὁποίου ἀκολουθεῖ τὴν ἐξέλιξιν, ἦτοι τὴν συριγγοποίησιν, σκλήρυνσιν, λοίμωξιν. Κατὰ τὸν Terracou, τὸ ἐκκόλπωμα συνδέεται μὲ τὴν τραχεῖαν ἢ τὸν δεξιὸν βρόγχον δι' ἰνώδους συμφύσεως. Ἄλλοτε πάλιν ἔνια εὐρήματα συνηγοροῦν ὑπὲρ τῆς «ἐλλεως», ὅπως φυματιώδεις ἀδένες, περι·οισοφαγικά ἀποστήματα, πλευριτίτις, συμφυτικὴ περικαρδίτις κ.λ.π. Ἀνατομικῶς ὁ θύλαξ οὗτος περιλαμβάνει τοὺς αὐτοὺς χιτῶνας οὓς καὶ ὁ οἰσοφάγος, ἀν καὶ ἡ μικτὴ στίβας δὲν εἶναι πάντοτε ἀκεραία. Τὸ ἐκκόλπωμα περιβάλλεται ὑπὸ ἑνὸς νευρο·ἀγγειακοῦ δικτύου δυναμένου νὰ ἐξηγήσῃ τοὺς συχνοὺς πόνους.

Αἰτιολογία καὶ παθογένεια. Παλαιότεροι συγγραφεῖς, ὡς ὁ Rokitausky, ὑπεστήριζον ἤδη τὸν μηχανισμόν τῆς «ἐλλεως» τῆς προσθίας ἐπιφανείας τοῦ οἰσοφάγου ὑπὸ φλεγμονώδους καὶ σκληρο·ουλώδους ἐπεξεργασίας προκληθείσης ὑπὸ φυματιωδῶν καὶ μὴ ἀδένων, μὲ ἀποτελεσματὰς συμφύσεις. Δι' ἄλλους πρόκειται περὶ συριγγοποιήσεως, ὅπου τὸ ἐκκόλπωμα ἀντιπροσωπεύει τὸ ἐξωτερικόν τυφλὸν συρίγγιον, ὑπόλειμμα ἀδενόπαθειας διαπηθείσης ἐντὸς τοῦ οἰσοφάγου. Εἰς πλείστας ὅμως περιπτώσεσι οὐδεμία προσβολὴ τῶν ἀδένων παρετηρήθη, ἢ δὲ παρυφῆ τῶν ἐκκολπωμάτων, ἅτινα περιεῖχον ἅπαντα τὰ στρώματα τοῦ οἰσοφάγου, ἦτο ἀπολύτως φυσιολογικὴ (A. Soulas).

Ὁ μηχανισμὸς τῆς «ώσεως» δὲν εὐσταθεῖ, διότι ἀνατομικῶς δὲν ὑπάρχει ἐκεῖ ἀσθενὲς σημεῖον, οὔτε καὶ ἡ στένωσις εἶναι σημαντικὴ.

Ὑποστηρίζεται ἐπίσης ἡ δυνατότης μιᾶς «συγγενοῦς» παθήσεως ὀφειλομένης ἀν ὄχι εἰς ἀνωμαλίαν ἀναπτύξεως, τούλάχιστον εἰς ἀδυναμίαν τοιχωματικὴν. Ἡ τοιχωματικὴ αὕτη ἀδυναμία—συγγενῆς ἢ ἐπίκτητος—ἐν συνδασμῷ μὲ μίαν ἐλαφρὰν ὤσιν, ἐξηγεῖ τὸν σχηματισμὸν ὀρισμένων ἐκκολ·

πωμάτων. Κυρίως όμως θα πρέπει ν' αναζητείται μία πάθησις τοῦ μεσοθωρακίου ἢ τῶν τραχειοβρογχικῶν ἀδένων. Ἐξ ἄλλου, ὡς ἔχει τοῦτο ἀποδειχθῆ ἔκ χειρουργικῶν ἐπεμβάσεων, τὸ ἐκκόλπωμα ἐμφανίζεται ὡς ὑπόλειμμα ἀδENOπαθείας, τοῦ ἀδένος ἐπικοινωνοῦντος μετὰ τοῦ οἰσοφάγου καὶ τοῦ δεξιοῦ βρόγχου, ἰδίως τοῦ κάτω.

Κλινικὴ εἰκῶν. Συχνότατα τὰ ἐκκόλπωματα ταῦτα ἀποκαλύπτονται τυχαίως κατ' ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν γινομένην δι' ἄλλον σκοπὸν. Ἄλλοτε ἀποκαλύπτονται λόγῳ ἐπελθούσης ἐπιπλοκῆς (ἀπόστημα μεσοθωρακίου, οἰσοφαγοβρογχικὸν συρίγγιον). Ἄλλοτε, τοῦναντίον, τὰ ἐνοχλήματα ἐκ τούτων εἶναι τοιαῦτα, ὥστε νὰ ὑποδεικνύουν τὸ πάσχον ὄργανον. Οὕτως ἄρρωστοὶ τινες παραπονοῦνται διὰ φαινόμενα *δυσφαγίας*, συνιστάμενα εἰς αἴσθημα καθηλώσεως τοῦ βλωμοῦ περὶ τὴν μεσότητα τοῦ στέρνου, μετὰ ἢ ἀνευ ἐντόνου πόνου. Ἄλλοτε πάλιν τὸ αἴσθημα τοῦτο ἐντοπίζεται παρὰ τὴν ξιφοειδῆ ἀπόφυσιν. Οἱ *πόνοι*, ἀρκετὰ συχνοί, προκαλοῦνται κατὰ τὴν διόδον τῶν τροφῶν, ἀντανακλώμενοι ὀπισθεν πρὸς τὰς δύο ὠμοπλάτας, πρὸς τὸν ἀριστερὸν ὄμιον. Αἱ ἀναγωγαὶ δὲν εἶναι συχναί, οἱ ἔμετοι σπάνιοι, ὑπάρχει ὅμως ἐνίοτε ἀφθονος σιαλόρροια.

Ἡμεῖς, μετὰ τοῦ ἐκτ. Καθηγητοῦ τῆς Ἀκτινολογίας κ. Ἄπ. Γιαννακοπούλου, βασιζόμενοι ἐπὶ ἰδίων παρατηρήσεων, διεχωρίσαμε μίαν χαρακτηριστικὴν κλινικὴν μορφήν τῶν ἐκκόλπωματων τοῦ οἰσοφάγου, τὴν *ψευδοσθηθασγικήν*.

Πράγματι, μετὰ τῶν ἀρρώστων μας, τῶν παραπονουμένων διὰ ποικίλα ἐνοχλήματα ὀφειλόμενα εἰς ἐκκόλπωμα τοῦ οἰσοφάγου, συνεκεντρώσαμεν ἑπτὰ περιπτώσεις—ἐν συνεχείᾳ προσεθέσαμεν καὶ ἄλλας—μέ κοινήν συμπτωματολογίαν, ἥτοι αἴσθημα καύσου καὶ πόνους ὀπισθοστερνικοὺς ἀντανακλωμένους πρὸς τὴν σπονδυλικὴν στήλην, τὸν ἀριστερὸν ὄμιον καὶ βραχίονα μέχρι καὶ τοῦ μικροῦ δακτύλου, μέ αἴσθημα ἄγχους ἐπὶ πλέον (*Arch. mal. appar. dig.*, No 11 bis, 1951, p. 338—341).

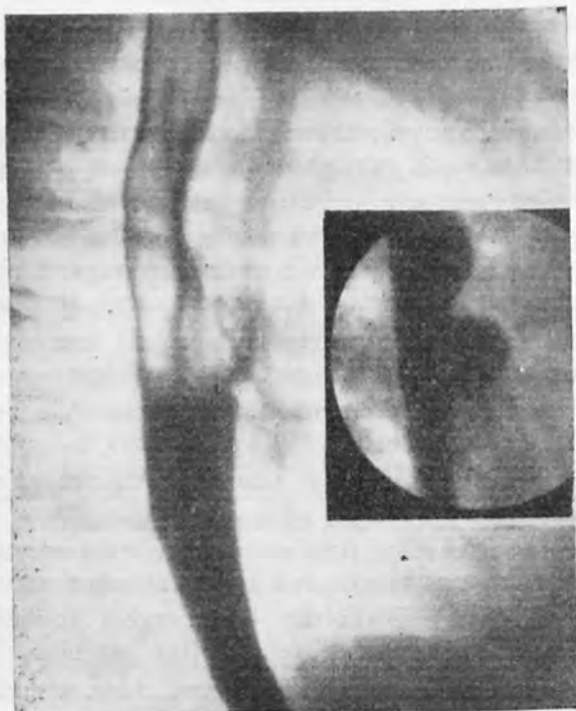
Ἄπαντες οἱ ἄρρωστοὶ οὗτοι εἶχον ἐκληφθῆ ὡς σθηθασγικοί. Αἱ διάφοροι ὅμως ἐξετάσεις ἀπέκλεισαν τὴν σθηθάγγην ὡς καὶ οἰανδήποτε πάθησιν ἄλλων ὀργάνων. Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις ἀπέδειξεν, ὅτι οἱ πέντε τούτων ἔφερον ἐκκόλπωμα ἀορτικοβρογχικόν, οἱ δὲ ἕτεροι δύο ἐπιφρενικόν τοιοῦτον.

Αἱ πειραματικαὶ ἔρευναι διαφόρων συγγραφέων, ἀφορῶσαι τὸν μηχανισμόν τοῦ ἀντανακλαστικοῦ πόνου, καὶ αἱ ἡμέτεραι ἀκτινολογικαὶ παρατηρήσεις κλίνουν ὑπὲρ τῆς ἀπόψεως, ὅτι ὁ πόνος οὗτος

ὀφείλεται εἰς σπασμὸν τοῦ οἰσοφάγου μετὰ συγχρόνου διατάσεως τοῦ ἐκκολπώματος.

Ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις. Κατόπιν χορηγήσεως παχυρρεύστου βαρ. πόλτου, ἡ λήψις τῶν ἀκτινογραφιῶν θὰ γίνῃ εἰς θέσιν προσθιοπλαγίαν δεξιάν καὶ ἀριστεράν.

Ὁ θύλαξ, μὲ ὄρια σαφῆ ἢ ἀσαφῆ ὁσάκις φλεγμαίνει, στρογγύ-



Εἰκὼν 18. Τυπικὴ εἰκὼν ἀορτικο-βρογχικοῦ ἐκκολπώματος τοῦ οἰσοφάγου, ἐν πληρώσει (δεξιὰ) καὶ ἡμιπληρώσει. Σαφὴς σπασμὸς εἰς τὸ ὕψος τοῦ χεῖλους τοῦ ἐκκολπώματος. Κλινικῶς: ψευδοστηθαγγικὸν σύνδρομον. (Περίπτωσης Τ. Δασκαλάκη καὶ Ἀπ.

Γιαννακοπούλου).

λος ἢ αἰχμηρός, ἔχει μέγεθος τὸ ὅποῖον ποικίλλει μέχρι καὶ ἀμυγδάλου. Κατευθύνεται ὀριζοντίως, πρὸς τὰ κάτω ἢ σπανιώτερον πρὸς τὰ ἄνω. Ἐπικοινωνεῖ μετὰ τοῦ οἰσοφάγου δι' αὐχένος ἀρκετὰ εὐρέος. Ἐνίοτε παραπλευρῶς τοῦ ἐκκολπώματος διαφαίνεται ἐπὶ τῆς ἀκτινογραφίας στρογγύλη σκιά, ἀντιπροσωπεύουσα τὸν ἀδένα

δοστις προκάλεσε τὴν ἔλξιν μὲ ἀποτέλεσμα τὸ ἐκκόλπωμα. Εἰς περιπτώσιν ἐπίσης ἐπιπλοκῆς, ὡς οἰσοφαγο - βρογχικὸν συρίγγιον, θὰ παρατηρήσωμεν τὴν σκιερὰν οὐσίαν διαγράφουσαν τὸν δεξιὸν ἢ ἀριστερὸν βρόγχον.

Οὐχὶ σπανίως ἀντὶ ἑνὸς ἐκκολπώματος θ' ἀνεύρωμεν εἰς ἀπό-



Εἰκὼν 19. Εὐμέγεθες, φλεγμαῖνον ἐκκόλπωμα περὶ τὴν μεσότητα τοῦ οἰσοφάγου. Ὑπερβεν τούτου παρατηροῦνται πολλαπλαῖ σπαστικαὶ ἐντομαὶ (spasmes étagés). Κλινικῶς: ψευδο-στηθαγχικὸν σύνδρομον. (Περίπτωσης Τ. Δασκαλάκη καὶ Ἀπ. Γιαννακοπούλου).

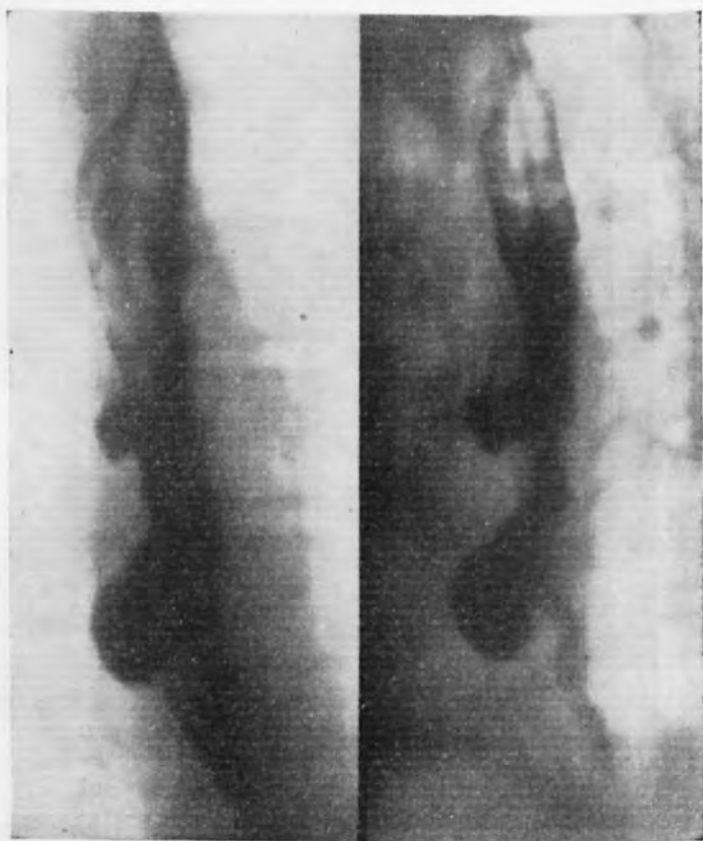
στασιν ὀλίγων ἑκατ. κάτωθεν τοῦ πρώτου καὶ δεύτερον τοιοῦτον (βλ. εἰκ. 20).

Ἐξέλιξις. Ἐπὶ ἔτη σιωπηρὰ ἢ μὲ ἐλάχιστα ἐνοχλήματα. Ἐάν τὰ δυσφαγικὰ φαινόμενα ἐπιδεινωθοῦν, λόγῳ τοῦ ὑποσιτισμοῦ προσβάλλεται καὶ ἡ γενικὴ κατάστασις τοῦ ἀρρώστου.

Ἡ ἐξέλιξις ὅμως αὕτη δυνατὸν νὰ διακοπῇ λόγῳ ἐπιπλοκῶν (ἀπόστημα μεσοθωρακίου, οἰσοφαγο - βρογχικὸν συρίγγιον, πνευμο-

θώραξ, απόστημα πνεύμονος, συμφύσεις μεταξύ έκκολπώματος και βρογχικού τοιχώματος με αποτέλεσμα διάβρωσιν τοῦ τελευταίου τούτου καὶ λοιμῶξεις τῶν ἀναπνευστικῶν ὁδῶν).

Διὰ γ ν ω σ ι ς. Εὐχερής. Δυσχέρειαι προκύπτουν ὡσάκις τὰ ὄρια τοῦ έκκολπώματος εἶναι ἀνώμαλα με συνοδοῦς παραμορφώ-



Εἰκὼν 20. Διπλοῦν έκκόλπωμα περὶ τὴν μεσότητα τοῦ οἰσοφάγου, με ἔντονον σπασμὸν ὑπερθεν καὶ κάτωθεν τούτων. Κλινικῶς: ψευδο-στηθαγγικὸν σύνδρομον. (Περίπτωσις Τ. Δασκαλάκη καὶ Ἄπ. Γιαννακοπούλου).

σεις τοῦ οἰσοφάγου. Θὰ πρέπη κυρίως ν' ἀποκλεισθῇ ὁ καρκίνος τοῦ οἰσοφάγου (βλ. σ. 43), μίᾳ οὐλώδους στένωσις με διάτασιν ὑπερθεν, ἥτις δύναται νὰ ἐκληφθῇ ὡς έκκόλπωμα, ἐν ξένον σῶμα, διάφοροι σπασμοί. Τέλος, τὰ λεγόμενα λειτουρ-

γικὰ ἐκκολπώματα (Barsony), εἰς τὰ ὁποῖα πρόκειται περὶ ἐντομῶν ἐκ σπασμοῦ. Κατὰ τὸν Fleischner τὰ λειτουργικὰ ταῦτα ἐκκολπώματα ὀφείλονται εἰς καθήλωσιν μοίρας τοῦ τοιχώματος τοῦ οἰσοφάγου λόγῳ συμφυτικῆς μεσοθωρακίτιδος.

Θεραπεία. Διαιτητικὴ, ἀποφεύγουσα ἐρεθιστικὰς τροφάς, αἵτινες θὰ προκαλέσουν στάσιν ἢ δυσχερῆ διάβασιν Συνιστάται ἡ πόσις κάθε ἐσπέραν ἑνὸς ποτηρίου ἀλκαλικοῦ ὕδατος εἰς κεκλιμένην θέσιν. Τὸ βισμούθιον, τὰ ἀντισπασμωδικὰ ἀποβαίνουν χρήσιμα.

Ἡ χειρουργικὴ ἐξαιρέσις τοῦ ἐκκολπώματος ἐπιβάλλεται εἰς περίπτωσιν ἐπιπλοκῆς, ὅπως συρίγγιον, ἀκόμη δὲ καὶ ὅταν λόγῳ τῶν ἐντόνων ἐνοχλημάτων ἔχει προσβληθῆ ἡ γενικὴ κατάστασις τοῦ ἀρρώστου ἢ ὅταν ἐπαπειλεῖται διάτρησις αὐτοῦ.

β) Ἐπιφρενικὰ ἐκκολπώματα. Πλέον γνωστὰ ὡς ἐκκολπώματα ὤσεως, ἐδράζονται συνήθως ἐπὶ τῆς πλαγίας δεξιᾶς ἐπιφανείας τοῦ οἰσοφάγου καὶ εἰς ἀπόσασιν 2 ἕως 8 ἐκ. ὑπερθεν τοῦ οἰσοφαγο - διαφραγματικοῦ τμήματος. Κατὰ τὴν χώραν ταύτην ὁ οἰσοφάγος γεινιάζει, ὑπερθεν, μόνον μετὰ τῶν ἀδένων καὶ τοῦ δεξιοῦ ἢ ἀριστεροῦ βρόγχου. Τὸ μέγεθός των ποικίλλει ἀπὸ πῖσου μέχρι πορτοκαλλίου, ἀλλὰ δύναται νὰ εἶναι καὶ πολὺ μεγαλύτερον. Ὁ μίσχος των εἶναι συνήθως εὐρύς, περιλαμβάνει δὲ βλεννογόνον, ὑποβλεννογόνιον χιτῶνα καὶ τινὰς μυϊκὰς ἴνας παρὰ τὸν αὐχένα. Ὡς ἀναφέρεται ἐν τῷ συγγράμματι τοῦ Boeckus, τὸ ἐκκόλπωμα τοῦτο περιεγράφη τὸ πρῶτον τὸ 1882 ὑπὸ τοῦ Οἰκονομίδη.

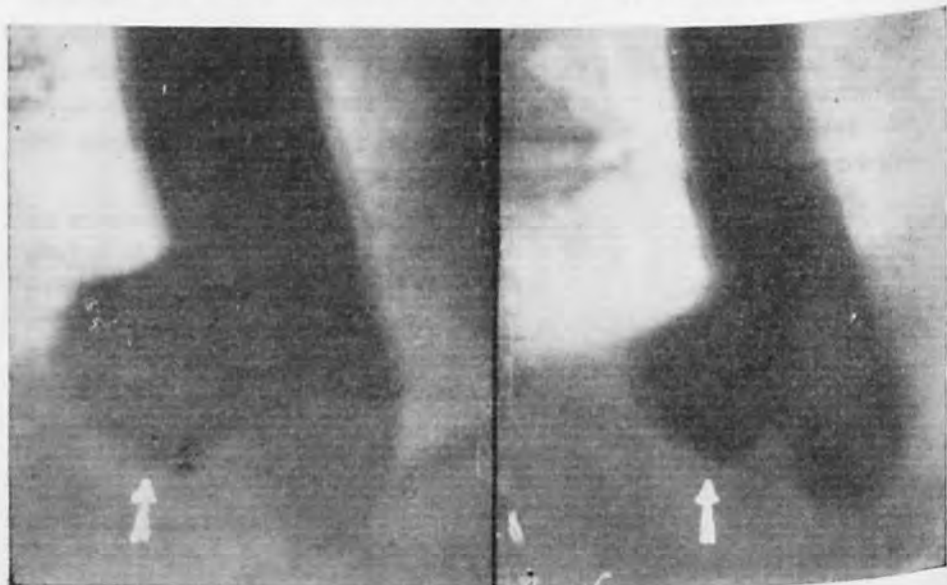
Παθογένεια. Δὲν ἔχει πλήρως ἐξακριβωθῆ. Ὁ μηχανισμὸς τῆς «ἐλξεως» δὲν φαίνεται νὰ εὐσταθῆ, ἐφ' ὅσον δὲν ὑπάρχουν σχέσεις ἄμεσοι μετὰ τῶν ὀργάνων τοῦ μεσοθωρακίου. Ὑποστηρίζεται περισσότερον ἡ ἀποψις τῆς «ὤσεως» εἰς μοῖραν ἠλαττωμένης ἀντιστάσεως ἢ ὁ μικτὸς μηχανισμὸς «ὤσεως» καὶ μὴ συγχρονισμοῦ ἢ «ἀσυνεργίας», ἐν συνδυασμῷ μετὰ μιᾶς «σωματικῆς» διαταραχῆς. Ὑπάρχει ἐπεμένως διαταραχὴ εἰς τὴν λειτουργίαν τοῦ διαφραγματικοῦ σφιγκτήρος. Ἀλλὰ καὶ ἡ συγγενὴς αἰτιολογία δὲν ἀποκλείεται, δεδομένου ὅτι διεπιστώθη τοιοῦτον ἐκκόλπωμα εἰς βρέφος ἡλικίας ὀλίγων ἡμερῶν.

Κλινικὴ εἰκὼν. Χαρακτηρίζεται κυρίως ἀπὸ αἶσθημα καθηλώσεως τῶν τροφῶν παρὰ τὴν κατωτέραν μοῖραν τοῦ οἰσοφάγου, ὀπισθεν τῆς ξιφοειδοῦς ἀποφύσεως, ἀπὸ ἀναγωγάς, ἀεροφαγίαν, ἐνίοτε ἐμέτους, ἀλλὰ καὶ πόνους ὀξεῖς, πλέον ἐντόνους ὅταν ὁ ἀρρώστος ἔχη κατακλιθῆ. Καὶ εἰς τὰ ἐκκολπώματα ταῦτα παρατηρεῖται ἡ «ψευδο - στηθαγχικὴ» μορφή ὡς καὶ εἰς τὰ ἀορτικο - βρογχικά.

Ἀκτινολογικὴ εἰκὼν. Τὸ ἐκκόλπωμα θ' ἀναζητηθῆ

εις ὄλας τὰς θέσεις. Θὰ παρατηρηθῇ οὕτω θύλαξ ποικίλου μεγέθους, μὲ στρογγύλον πυθμένα, μὲ ὄρια ὀμαλά, ὁμοιογενῶς πεπληρωμένος ὑπὸ τοῦ βαρ. πόλτου, ἐνούμενος μετὰ τοῦ οἰσοφάγου διὰ μί-
σχου (βλ. εἰκ. 21).

Εἰς περίπτωσιν εὐμεγέθους ἐκκόλπωματος θὰ ἔχωμεν εἰκόνα ἡμικυκλικὴν μὲ παρυφὴν λείαν, ἐπικαθημένου ἐπὶ τοῦ ἡμιδιαφρά-
γματος καὶ ἀπωθοῦντος τὸν οἰσοφάγον. Εἰς ὀρθίαν θέσιν διακρίνονται



Εἰκὼν 21. Ἐκκόλπωμα μεγέθους καρῦου τῆς κατωτέρας μοίρας τοῦ οἰσο-
φάγου (ἐπιφρενικόν), ἐν πληρώσει καὶ ἡμιπληρώσει (δεξιᾷ). Κλινικῶς: ψευ-
δο - στηθαγγχικὸν σύνδρομον. (Περίπτωσις Τ. Δασκαλάκη καὶ
Ἄπ. Γιαννακοπούλου).

τρία στρώματα: τὸ βάριον, τὸ ὑγρὸν ἐκ στάσεως, ἢ φουσαλλίς ἀέρος.
Ἐξέλιξις. Ἡ ἀσυμπτωματικὴ ἐξέλιξις διακόπτεται ὑπὸ φαι-
νομένων οἰσοφαγίτιδος μετὰ στάσεως, ἥτις χρονίζει. Δυνατὸν νὰ
δημιουργηθῇ περι - οἰσοφαγίτις, συμφύσεις μετὰ τοῦ ὑπεζωκότος
καὶ τοῦ πνεύμονος, μετὰ τῶν βρόγχων, ὡς καὶ συρίγγιον οἰσοφα-
γο - βρογχικὸν μετὰ πνευμονικοῦ ἀποστήματος. Ἡ κακοήθης ἐξαλ-
λαγή εἶναι ἐξαιρετικῶς σπανία.

Διάγνωσις. Ἡ ἐπιμελὴς ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις θὰ θέσῃ τὴν
διάγνωσιν. Θὰ πρέπη νὰ διαχωρισθοῦν τῶν «λειτουργικῶν» ἐκκόλ-
πωμάτων μετὰ τῶν πολλαπλῶν κατὰ μῆκος τοῦ οἰσοφάγου σπα-

σμών. Είς τὰς περιπτώσεις ταύτας πρόκειται περί πολλαπλῶν εϊκό-
νων, αἵτινες ποικίλλουν εἰς μέγεθος καὶ θέσιν, αἱ ὁποῖαι δὲν εἶναι
σταθεραὶ καὶ ἐξαφανίζονται ἀπὸ τῆς μιᾶς ἐξετάσεως εἰς τὴν ἄλλην.

Ὁ καρδιόσπασμος καὶ ὁ μεγαοισοφάγος παρουσιάζουν
ἐνίοτε μίαν πλαγίαν διάτασιν, ἥτις ὁμῶς προεκτείνεται εἰς ὕψος.
Ἡ διαφραγματοκίηλη δυνατόν νὰ ἐπιφέρῃ σχετικὴν σύγχυσιν, διότι
ὁ θωρακικὸς στόμαχος προβάλλει ἔμπροσθεν τοῦ οἰσοφάγου. Ἡ
εἰς διαφόρους προβολὰς ἐξέτασις θὰ διαχωρίσῃ τοῦτον καὶ θὰ
διαπιστώσῃ τὴν ὕπαρξιν, ἐντὸς τοῦ θύλακος τούτου, τῶν χαρακτη-
ριστικῶν βλεννογονίων γαστρικῶν πτυχῶν.

Ὁ καρκίνος τῆς καρδιακῆς μοίρας τοῦ οἰσοφάγου παρουσιάζει
ἐπίσης διαγνωστικὰς δυσχερείας, ἐφ' ὅσον, κατὰ τὸ ἀρχικὸν στά-
διον, συνοδεύεται ὑπὸ τοπικῆς διατάσεως. Θὰ ἐρευνηθοῦν ὅλα τὰ
ἴδια σημεῖα τοῦ καρκίνου (βλ. σ. 51).

Θεραπεία. Διαιτητικὴ ἀγωγή. Χρήσις τοπικῶν ἀντισηπτικῶν,
ἀλκαλικῶν διαλυμάτων. Εἰς περίπτωσιν ἐπελθούσης ἐπιπλοκῆς
ἢ ἐντόνου ἐλκώδους οἰσοφαγίτιδος, ἐνδεικνύται ἡ χειρουργικὴ
ἐξαιρέσις, ἢ τεχνικὴ τῆς ὁποίας ἔχει ἤδη βελτιωθῆ κατὰ πολὺ.

2. Ἐκκολπώματα τοῦ στομάχου.

Τὰ ἐκκολπώματα τοῦ στομάχου θεωροῦνται μᾶλλον σπάνια,
ἐάν κρίνη τις ἀπὸ τὸν ἀριθμὸν τῶν δημοσιευθεισῶν περιπτώσεων ἅς
ὁ Moses, ὁ Bockus ἀναβιάζουσιν εἰς 150.

Ἐπὶ τῶν ἀναμνηστικῶν πολλὰ περισσότεραι, δεδομέ-
νου ὅτι δὲν δημοσιεῦνται ἅπασαι αἱ περιπτώσεις, ἀλλὰ καὶ ἡ ἀκτι-
νολογικὴ ἐρευνα δὲν εἶναι συστηματικὴ καὶ ὡς ἐκ τούτου ἀποβαίνει
ἄκαρπος. Μολαταῦτα, ὑπολείπονται κατὰ πολὺ εἰς συχνότητα τῶν
ἄλλων ὀργανικῶν ἀλλοιώσεων τοῦ στομάχου.

Ἡ πρώτη περιγραφή τούτων ἀποδίδεται εἰς τὸν Helmont τὸ
1804. Ἄφ' ἧς ὁμῶς ἐποχῆς ἐγενικεύθη ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις,
ἐπληθύνθη καὶ ὁ ἀριθμὸς τῶν σχετικῶν ἐργασιῶν.

Παθογένεια. Διακρίνουν ταῦτα εἰς συγγενῆ ἢ γνήσια
καὶ εἰς ἐπίκτητα ἢ ψευδο-ἐκκολπώματα. Κατὰ τὴν πρώτην
περίπτωσιν ἅπαντα τὰ τοιχώματα τοῦ στομάχου ἀνευρίσκονται καὶ εἰς τὸ
ἐκκόλπωμα. Τὰ ἐπίκτητα διακρίνονται εἰς ἐκκολπώματα ἑλξέως καὶ
ἑλκώσεως. Τὰ «ἐξ ἑλξέως» εἶναι περισσότερον συχνά, ὀφείλονται εἰς ἐξωγα-
στρικές παθήσεις, ὅπως φλεγμονὴν τῆς χοληδόχου κύστεως, σπληνός, παγ-
κρέατος. Ἀκόμη καὶ ἐν ἑλκος τοῦ στομάχου ἐπουλούμενον, ἔλκει ἀσθενῆ
μοῖραν τούτου καὶ δημιουργεῖ οὕτω τὸ ἐκκόλπωμα.

Τὰ ἐκκόλπωματα «ἐξ ὠσεως» εἶναι μηχανικῆς αἰτιολογίας, ὀφειλόμενα εἴτε εἰς αὐξησιν τῆς ἐνδογαστρικῆς τάσεως εἴτε εἰς τοπικὴν ἀδυναμίαν τοῦ γαστρικοῦ τοιχώματος.

Τὰ συγγενῆ ἐκκόλπωματα εἶναι ἐμβρυϊκὸν ὑπόλειμμα. Εἰς ὠρισμένα ζῶα ὑπάρχουν ἐκκόλπωματα, πυλωρικά δὲ εἰς ὠρισμένους ἰχθῆς, εἰς ὠρισμένους πιθήκους κ.λ.π. Ὁ στόμαχος τοῦ χοίρου περιλαμβάνει δύο μοίρας, ἐκ τῶν ὁποίων ἡ ἄνω ἀποτελεῖ γνήσιον ἐκκόλπωμα.

Αἱ ἐργασίαι ἐξ ἄλλου τοῦ Borre ἀπεκάλυψαν, ὅτι εἰς τὰ ἀνθρώπινα ἔμβρυα μήκους 12, 13, ἀκόμη καὶ 16 ἕως 17 ἐκ., τὸ ἐκκόλπωμα αὐτὸ ὑπάρχει καὶ παραμένει μέχρι τοῦ ἕκτου μηνός, ὅποτε καὶ ἐξαφανίζεται. Τὸ ἐκκόλπωμα τοῦ στομάχου δύναται, ἐπομένως, νὰ θεωρηθῆ ὡς ἐμβρυϊκὸν ὑπόλειμμα διατηρούμενον εἰς τινὰς ἐνηλίκους.

Παθολογικὴ ἀνάτομική. Ἡ συνήθης ἕδρα τοῦ ἐκκόλπωματος τοῦ στομάχου εἶναι παρὰ τὸ καρδιακὸν στόμιον ἐπὶ τοῦ ὀπισθίου τοιχώματος καὶ πρὸς τὸ ἔλασσον τόξον. (Spitzendivertikel des Magenfundus, κατὰ τοὺς Barsony καὶ Köppenstein).

Ταῦτα εἶναι μονήρη, σπανίως διπλᾶ, ἐμφανίζονται δὲ ὡς σακκοειδεῖς προεκβολαὶ ἐξαρτώμεναι ἐκ τοῦ στομάχου μετὰ τοῦ ὁποίου συνδέονται διὰ μίσχου. Τὸ μέγεθός των ποικίλλει ἀπὸ λεπτοκαρῦου μέχρις ὄφου καὶ πλέον. Τὸ τρῆμα ἐπικοινωνίας μετὰ τοῦ στομάχου εἶναι ἄλλοτε εὐρὺ, ἄλλοτε στενόν.

Περιέχουν δύο ἢ τρεῖς χιτῶνας. Ὁ μυϊκὸς χιτῶν ὑπάρχει συχνά, ἂν καὶ δὲν ἀποδίδεται, ὑπὸ ἀρκετῶν συγγραφένων, παθογονικῆ σημασίας εἰς τὴν ἔλλειψίν των. Μολαταῦτα ἄλλοι, διὰ τὴν διαφορικὴν διάγνωσιν μεταξὺ τῶν συγγενῶν καὶ ἐπικιτήτων ἐκκόλπωμάτων, παραδέχονται ὅτι εἰς τὰ πρῶτα ὑπάρχουν ὄλα τὰ στρώματα, ἐνῶ εἰς τὰ ἐπίκτητα ὑπάρχει μόνον βλεννογόνοσ καὶ ὀρογόνοσ.

Κλινικὴ εἰκῶν. Ἐπὶ πολὺ χρονικὸν διάστημα παραμένουν ἄνευ κλινικῶν ἐκδηλώσεων. Ἰδία συμπτωματολογία δὲν ὑπάρχει. Ὑποδύονται συνήθως τὸ ἔλκος, μίαν χολοκυστίτιδα, μίαν δυσπεψίαν, ἂν καὶ εἰς ὄλασ αὐτάσ τάσ περιπτώσεισ θὰ πρέπη ν' ἀποκλεισῶμεν ὀργανικὴν νόσον τοῦ στομάχου (ἔλκος, καρκίνον) καὶ τότε μόνον ν' ἀποδώσωμεν τὰ ἐνοχλήματα εἰς τὸ ἀκτινολογικῶσ διαπιστούμενον ἐκκόλπωμα.

Πράγματι, εἰς τὸ τρίτον τῶν δημοσιευθεισῶν περιπτώσεων τὸ ἐκκόλπωμα συνυπῆρχε μὲ ἄλλην παθολογικὴν κατάστασιν, ὅπως ἔλκος, χολοκυστίτις κ.λ.π.

Οἱ ἄρρωστοὶ αὐτοὶ παραπονοῦνται συνήθως διὰ πόνον ὀπισθοστερνικόν ἢ κατὰ τὸ ἐπιγάστριον, ἐνίοτε διὰ δυσφαγίαν, ἄλλοτε δὲ ἔχουν ἐμέτους ἄνευ ἄλλης ἐμφανοῦσ αἰτίας. Ἀναφέρονται ἐπίσης σπάνια αἱμορραγία, ὃ δὲ Moses ἐδημοσίευσε τὴν μοναδικὴν ἴσως περίπτωσιν ρήξεωσ καὶ αἱμορραγίασ ἐκκόλπωματοσ ἐντὸσ τῆσ περιτοναϊκῆσ κοιλότητοσ.

Ἐπὶ τεσσάρων ἡμετέρων περιπτώσεων, δημοσιευθεισῶν τὸ

1948, αἱ δύο εἶχον ἱστορικὸν ἔλκος καὶ δύο ἔσχον μελαίνας, ἄνευ ἄλλης ὀργανικῆς βλάβης τοῦ στομάχου ἢ 12δακτύλου.

Ἀκτινολογικὴ ἐξέταση. Θὰ λάβῃ χώραν εἰς ὅλας τὰς θέσεις ἤτοι ὑπτιαν, ὀρθίαν, πρηγῆ, Trendelenbourg, ὡς καὶ εἰς διαφόρους πλαγίας.

Ἐν ὑπτίᾳ θέσει τὸ ἐκκόλπωμα προσλαμβάνει χαρακτη-



Εἰκὼν 22. Ἐκκόλπωμα στομάχου. Θέσις ὑπτία. Σφαιρικὸς θύλαξ ἐντὸς τοῦ ὁποίου κατευθύνονται αἱ πτυχαὶ τοῦ γαστρικοῦ βλενογόνου. (Ἰδία περίπτωσις).

ριστικὴν μορφήν (Spitzendivertikel des Magenfundus) (Barsony καὶ Körpenstein). Τὰ ὄρια τοῦ θύλακος συνεχίζου τὴν γαστρικὴν σκιάν, τὸ δὲ ἐκκόλπωμα δίδει τὴν ἐντύπωσιν, ὅτι ἀποτελεῖ συνέχειαν τῆς κορυφῆς τοῦ στομάχου. Χωρίζεται τούτου διὰ κυκλικῆς πτυχῆς, ἐν εἴδει ἀπολινώσεως, ἐπὶ τῆς ὁποίας συγκλίνουν αἱ πτυχαὶ τοῦ

βλεννογόνου τοῦ στομάχου, δίδουσαι τὴν εἰκόνα τῆς πυλωρο - 12δακτυλικῆς χώρας.

Εἰς ὀρθίαν θέσιν τὸ ἐκκόλπωμα πληρούμενον εἴτε αὐτομάτως κατὰ τὴν κατάποσιν τοῦ μίγματος, εἴτε διὰ μαλάξεως τοῦ τοιχώματος τοῦ στομάχου, διαγράφεται ὡς σκιὰ διαφόρου σχήματος καὶ μεγέθους, κατὰ τὸ ἄνω τμήμα τοῦ ἐλάσσοнос τόξου, ἢ συνηθέστερον ἐπὶ τοῦ ὀπισθίου τοιχώματος τοῦ πυθμένος, εἰς μικρὰν ἀπόστασιν ἀπὸ τοῦ καρδιακοῦ στομίου. Εἰς τὴν τελευταίαν ταύτην περίπτωσιν ἢ ὅταν ὁ στόμαχος εἶναι πλήρης ἀδιαφανοῦς.



Εἰκὼν 23. Ἡ αὐτὴ περίπτωσις. Ἀκτινογραφία ληφθεῖσα εἰς ὀρθίαν θέσιν. Τὸ ἐκκόλπωμα ἀλλάσσει σχῆμα καὶ μέγεθος, ἢ ἄνω ἐπιφάνεια γίνεται ἐπίπεδος (διαφορικὴ διάγνωσις μὲ τὸ ἔλλκος).

μίγματος, τὸ ἐκκόλπωμα καλύπτεται ὑπὸ τῆς γαστρικῆς σκιᾶς καὶ δὲν καθίσταται ὄρατὸν εἰμὴ εἰς λοξὴν προσθίαν δεξιάν προβολήν.

Τὸ σχῆμα αὐτοῦ εἶναι συνήθως σφαιρικόν ἢ ἐν εἴδει δακτύλου χειροκτίου. Τὸ μέγεθος ποικίλλει ἀπὸ μικροῦ καρύου μέχρις ὧσιν. Τὰ ὄριά του εἶναι σαφῆ, στρογγύλα καὶ ὁμαλά, ἢ δὲ ἄνω ἐπιφάνεια διαγράφεται συνήθως ὀριζοντίᾳ μετὰ μικρᾶς ποσότητος ἀέρος ἄνωθεν αὐτῆς, καὶ τὸ τοίχωμα, τὸσον τοῦ ἐκκολπώματος ὅσον καὶ τοῦ παρακειμένου τμήματος τοῦ στομάχου, διατηρεῖ πλήρως τὴν εὐκαμ-

ψίαν του (βλ. είκ. 23). Ἡ σύνδεσις μετὰ τοῦ τοιχώματος τοῦ στομάχου τελεῖται διὰ μίσχου διαφόρου μήκους, συνήθως βραχέος καὶ πεπλατυσμένου. Εἰς σπανιωτάτας περιπτώσεις ἀνευρίσκεται διπλοῦν ἐκκόλπωμα ἢ δίλοβον τοιοῦτον.

Ἐν πρηνεῖ θέσει καὶ εἰς ἐλαφρῶς λοξὴν προβολήν, δυνάμεθα νὰ συμπληρώσωμεν τὴν μελέτην τῆς παθολογικῆς ταύτης εἰκόνας καὶ νὰ διαπιστώσωμεν τὴν μεταβολὴν τοῦ σχήματος ταύτης, ἀναλόγως τοῦ βαθμοῦ τῆς πληρώσεως τοῦ ἐκκόλπωματος, τὸ ὁποῖον κενοῦται τοῦ περιεχομένου του κατὰ τὸ μᾶλλον ἢ ἥττον ταχέως, ἐντὸς ὥρων ἢ ἐνίστε ἐντὸς ἡμερῶν τινων, ἀναλόγως τῆς θέσεως, τῆς συστατικότητος τῶν τοιχωμάτων καὶ τῆς διαμέτρου τοῦ μίσχου. Πτυχαὶ γαστρικοῦ βλεννογόνου διακρίνονται ἐντὸς τοῦ μίσχου, ἐνίστε δὲ καὶ ἐντὸς τοῦ ἐκκόλπωματος.

Πρέπει νὰ σημειωθῇ ἐπίσης, ὅτι κατὰ τὴν ψηλάφησιν ἡ χώρα αὕτη εἶναι ἀνώδυνος καὶ ὅτι εἰς τινας περιπτώσεις τὸ ἐκκόλπωμα δὲν εἶναι ὁρατὸν, παρὰ τὰς ἐπανειλημμένας ἀκτινολογικὰς ἐξετάσεις, καὶ δυνατὸν νὰ ἀνευρεθῇ ἀργότερον. Ἐπίσης ἀνευρίσκεται τυχαίως κατὰ τὴν χειρουργικὴν ἐπέμβασιν, ὅπως ἐπίσης παρὰ τὴν ἀκτινολογικὴν διαπίστωσιν δὲν ἀνευρίσκεται μεταγενεστέρως, ἤτοι κατὰ τὴν ἐγχείρησιν.

Ἡ διαφορικὴ διάγνωσις ἀφορᾷ κυρίως τὸ ἔλκος τοῦ ἐλάσσονος τόξου, τὸ ὁποῖον σπανίζει εἰς τὸ ὕψος αὐτό, διατηρηθὲν τοιοῦτον, ὡς καὶ κακοήθη ὄγκον. Ἐπίσης δεόν νὰ ἐξετασθῇ ἐὰν πρόκειται περὶ ἀπλοῦ ἐκκόλπωματος, ἢ τούναντίον περὶ φλεγμαίνοντος τοιοῦτου, δηλαδὴ ἐὰν εὕρισκώμεθα ἐνώπιον ἐκκόλπωματίτιδος, ἥτις νὰ ἐξηγῆ τὰ ὑπάρχοντα ἐνοχλήματα.

3. Ἐκκόλπωμα τοῦ δωδεκαδακτύλου.

Γνήσιοι θύλακες προβάλλοντες ἐξ οἰασοδήποτε μοίρας τοῦ δωδεκαδακτύλου, συνηθέστερον ἐκ τῆς ἔσω παρυφῆς τῆς κατιούσης, παρὰ τὸ φῶμα τοῦ Vater. Περιλαμβάνουν ἕνα ἢ περισσοτέρους χιτῶνας τοῦ ἐντέρου, εἶναι μονήρεις ἢ πολλαπλοῖ, ἐπικοινωνοῦν δὲ μετὰ τοῦ 12δακτύλου διὰ μίσχου ποικίλου εὗρους καὶ μήκους.

Περιεγράφησαν τὸ πρῶτον ὑπὸ τοῦ Chomel τὸ 1710, ἡ δὲ πρώτη ἀκτινολογικὴ περιγραφή ἐγένετο ὑπὸ τοῦ Case τὸ 1913. Ἀνευρίσκονται εἰς τὰ 5% ὄλων τῶν ἀτόμων τῶν ἐχόντων ὑπερβῆ τὸ 55ον ἔτος τῆς ἡλικίας των. Εἰς νεκροτομὰς τὸ ποσοστὸν τοῦτο ἀναβιβάζεται εἰς 16%. Εἶναι πλέον συχνὰ εἰς τὴν γυναῖκα.

Παθολογικὴ ἀνατομικὴ. Τὸ ἐκκόλπωμα τοῦτο παρατη-

ρείται κατά μήκος όλων τῶν μοιρῶν τοῦ 12δακτύλου, ἀπὸ τοῦ βολβοῦ μέχρι καὶ τῆς γωνίας τοῦ Treitz. Ἡ συνηθεστέρα ὁμως ἐντόπισίς του εἶναι παρὰ τὸ φατέριον φύμα. Τὸ μέγεθός του ποικίλλει ἀπὸ πῖσου μέχρι μανδαρινίου, στρογγύλον, μετὰ ἢ ἄνευ μίσχου, ἢ ἐν εἴδει δακτύλου χειροκτίου. Συνηθέστερον μονήρες, παρατηρεῖται καὶ διπλοῦν, μετ' ἰδιαίτερον δι' ἕκαστον μίσχον, οἷτινες μίσχοι συνεννοῦνται εἰς ἓνα κοινόν, καὶ σχηματίζουν οὕτω εἰκόνα ἐν εἴδει δύο ἀνοικτῶν ἀλεξιπτώτων (βλ. εἰκ. 24). Δὲν εἶναι ὁμως σπάνιον τὸ φαινόμενον τριῶν, τεσσάρων ἢ καὶ περισσοτέρων ἐκκολπώματων καθ' ὅλον τὸ μήκος τοῦ 12δακτυλικοῦ πλαισίου. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτάς θ' ἀναζητηθῆ ἢ πιθανῆ συνύπαρξις καὶ ἄλλων ἐκκολπώματων τῶν



Εἰκὼν 24. Διπλοῦν ἐκκόλπωμα τῆς κατιούσης μοίρας τοῦ 12δακτύλου, μετ' κοινὸν τελικὸν μίσχον καὶ σχῆμα ἀνοικτῶν ἀλεξιπτώτων. (Ἰδία περίπτωσις).

ἄλλων μοιρῶν τοῦ πεπτικοῦ σῶλῆνος (οἰσοφάγου, στομάχου, λεπτοῦ ἐντέρου, κόλου).

Ἴστολογικῶς πρόκειται περὶ κήλης τοῦ βλεννογόνου, ὅστις εἶναι ἀτροφικός, ἄνευ λαχνῶν καὶ μετ' ἐλάττωσιν τοῦ ἀριθμοῦ τῶν ἀδένων τοῦ Brünner καὶ Lieberkühn. Ὁ μυϊκὸς χιτῶν ἀπουσιάζει ἢ εἶναι λίαν ἐκλεπτυσμένος. Δυνατὸν ν' ἀνευρεθοῦν ἐντὸς τοῦ ἐκκολπώματος νησίδια παγκρεατικοῦ ἴστοῦ.

Παθογένεια. Διακρίνουν καὶ ἐδῶ τὰ συγγενῆ καὶ τὰ ἐπίκτητα ἐκκολπώματα.

Τὰ συγγενῆ ἐκκολπώματα συνυπάρχουν συνήθως καὶ μετ' ἄλλας ἀναλόγους ἀνωμαλίας περιέχουν δὲ ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον τρεῖς χιτῶνας. Ἡμεῖς ἔχομεν περίπτωσιν τριῶν ἀδελφῶν, οἷτινες παρουσιάζουν ἐκκόλπωμα

μεγέθους καρύου και οι τρεις εις την αυτην, μαλλον σπανιαν, θεσιν, παρα την γωνιαν του Treitz, με κοινήν και μονην κλινικήν εκδηλωσιν αιμορραγίας.

—Τα ἐπικτῆτα διακρίνονται και ἐδῶ εις ἐκκολπώματα ἔλξεως και ὤσεως. Ὑπάρχει πάντως μία τοπική ἠλαττωμένη τοιχωματική ἀντίστασις, δημιουργηθεῖσα πιθανώτατα εἴτε ἀπὸ ἐτερότοπον παγκρεατικὸν ἰσθμὸν (ἐμβρυϊκὸν ὑπόλειμμα), εἴτε ἀπὸ συγγενῆ ἀπουσίαν μυϊκοῦ χιτῶνος πέριξ τοῦ φατερείου φύματος, εἴτε ἐκ τῆς διόδου τοῦ χοληδόχου πόρου και τῶν παγκρεατικῶν τοιοῦτων ὡς και τῶν ἀγγείων μέσῳ τοῦ 12δακτυλικοῦ τοιχώματος.

Ὑποστηρίζεται ὡσαύτως ἡ μικτὴ αἰτιολογία, κατὰ τὴν ὁποίαν τὰ ἐκκολπώματα ὀφείλονται εις μικράς κήλας τοῦ βλεννογόνου μέσῳ ἀσθενῶν σημείων τοῦ τοιχώματος. Αἱ κήλαι αὗται μεγεθύνονται μετὰ τὴν ἀπόδοσιν τῆς ἡλικίας λόγω φαινομένων ὤσεως.

—Ὑπάρχει και μία τρίτη κατηγορία, τὰ δευτεροπαθῆ ἐκκολπώματα, ὀφειλόμενα εις τὴν συνύπαρξιν ἔλκους τοῦ 12δακτύλου, σπανιώτερον τοῦ στομάχου. Ταῦτα ἐδράζονται συνήθως παρά τὸν βολβόν, πλησίον τοῦ πυλωροῦ και δημιουργοῦνται ἐξ ἔλξεως και ὤσεως. Ἰστολογικῶς περιέχουν βλεννογόνον, μυϊκὸν χιτῶνα και ὄρογονον, ἐμφανίζονται δὲ ὑπὸ μορφὴν θύλακος ἐπὶ τοῦ ξίω χείλους, ὅστις ἐπικοινωνεῖ μετὰ τοῦ βολβοῦ διὰ μικροῦ τρήματος.

Κλινικὴ εἰκὼν. Ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον δὲν ἔχουν ἰδίας κλινικὰς ἐκδηλώσεις, ἡ δὲ ἀνακάλυψις των εἶναι τυχαία. Παρουσία κλινικῶν ἐνοχλημάτων θ' ἀναζητηθῆ ἕτερα αἰτία τούτων, πρὶν ἢ ἀποδοθοῦν εις τὸ ἀνευρεθὲν ἐκκόλπωμα, ὅπως ἔλκος, σκωληκοειδίτις, χολοκυστίτις, παγκρεατίτις κλπ.

Αἱ κλινικαὶ ἐκδηλώσεις τοῦ ἐκκολπώματος ἀποδίδονται εις ἐπελθοῦσαν ἐπιπλοκήν, συνήθως φλεγμονήν.

Ὑπάρχουν ὁμως και ἴδιαι κλινικαὶ ἐκδηλώσεις, αἵτινες ὑποδύονται τὴν εἰκόνα ἄλλων παθήσεων. Διακρίνονται οὕτω:

— Ἡ **δυσπεπτικὴ μορφή.** Ὁ ἄρρωστος παραπονεῖται δι' αἴσθημα βάρους κατὰ τὸ ἐπιγάστριον ἢ δεξιὰ τούτου, ἢ δι' αἴσθημα πληρώσεως ἐπερχόμενον ὀλίγας ὥρας μετὰ τὸ γεῦμα, ἐλαφρὸν αἴσθημα καύσου ἄνευ ὁμων πόνων ἢ ἐμέτων.

— Ἡ **ψευδο-ελκώδης μορφή.** Νομίζομεν ὅτι αὕτη εἶναι ἡ πλέον συχνή. Οἱ περισσότεροι τῶν ἀρρώστων μας μετὰ ἐκκόλπωμα τοῦ 12δακτύλου παραπονοῦνται διὰ πόνους, 2—3 ὥρας μετὰ τὸ γεῦμα, κατὰ περιόδους αἵτινες ὑπενθυμίζουν ἀρκετὰ τὰς τοῦ ἔλκους.

— Ἡ **αιμορραγικὴ μορφή.** Καὶ αὕτη δὲν εἶναι σπανία. Ἐχομεν ἀρκετὰς περιπτώσεις, αἵτινες ἐξεδηλώθησαν μετὰ μελαίνας, ἐνίοτε τοιαύτης σοβαρότητος, ὥστε ν' ἀπαιτηθοῦν ἐπανεπιλημμένα μεταγγίσεις αἵματος.

— Ἡ στενωτική μορφή. Εἰς τινὰς περιπτώσεις τὸ μέγεθος τοῦ ἐκκόλπωματος εἶναι τοιοῦτον, ὥστε πιέζει τὸ 12δάκτυλον καὶ δημιουργεῖ κλινικὴν εἰκόνα στενώσεως μετέτους, κεφαλαλίαν καὶ ἀπίσχανσιν. Εἰς ἡμετέραν περίπτωσιν τὸ λίαν εὐμέγεθες ἐκκόλπωμα τῆς 2ας μοίρας τοῦ 12δακτύλου ἐπίεζε τὸν πυλωρὸν καὶ εἶχομεν οὕτω κλινικὴν εἰκόνα πυλωρικής στενώσεως.

— Ἡ παγκρεατικο-χολοκυστική μορφή. Τὸ ἐκκόλπωμα πιέζει τὸν χοληδόχον πόρον μετέπτεσμα ἴκτερον ἔχοντα τοὺς χαρακτηῆρας τοῦ ἀποφρακτικοῦ. Ἀλλὰ καὶ λόγω φλεγμονῆς τοῦ φατερίου φύματος προκαλεῖται ὑπικτερος μετὰ πυρετοῦ, ὡς καὶ κωλικῶν τοῦ ἥπατος. Ἡ φλεγμονὴ αὕτη ἐπεκτείνεται καὶ εἰς τὸ 12δάκτυλον, μετέπτεσμα ἀνάλογον τοιαύτην καὶ τῶν χοληφόρων ὁδῶν.

Ἀλλὰ καὶ ἐκδηλώσεις ἐκ τοῦ παγκρέατος δυνατόν νὰ ἔχωμεν: ἐπιγαστρικοὺς πόνους ἐξαιρετικῶς δριμεῖς, ἀπίσχανσιν, παγκρεατικὴν ἀνεπάρκειαν ἀφορώσαν τὴν ἐξω ἔκκρισιν, ὑπεργλυχαίμιαν, φλεγμονὴν τῆς κεφαλῆς τοῦ παγκρέατος μετέκτινολογικὴν εἰκόνα τὴν διεύρυνσιν τοῦ 12 δακτυλικοῦ πλαισίου.

— Ἡ ἐντερικὴ μορφή. Ἐκδηλοῦται ὡς κολίτις, μετέναλλασσομένης περιόδου δυσκοιλιότητος καὶ εὐκοιλιότητος.

Ἐξέλιξις καὶ ἐπιπλοκαί. Ἡ ἐξέλιξις τοῦ ἐκκόλπωματος τούτου δυνατόν νὰ εἶναι ἐπὶ ἔτη ἀσυμπτωματικὴ. Ἡ σιωπηρὰ αὕτη ἐξέλιξις θὰ διακοπῇ εἴτε διὰ μιᾶς τῶν περιγραφεισῶν κλινικῶν μορφῶν εἴτε λόγω ἐπιπλοκῆς.

— Οὕτω τὸ ἐκκόλπωμα δύναται ν' ἀποφραχθῇ, νὰ ἐπιμολυνθῇ ἢ καὶ νὰ διατρηθῇ, μετέπτεσμα ὄξειαν περιτονίτιδα ἢ, ἐάν δημιουργηθῶν συμφύσεις, ἐν ἐντετοπισμένον ἀπόστημα ἢ καὶ διάνοιξιν ἐντὸς παρακειμένου ὄργανου (στόμαχος, χοληδόχος κύστις, χοληδόχος πόρος, παγκρεατικὸς πόρος).

— Δυνοτὸν εἰς χολόλιθος νὰ διεισδύσῃ ἐντὸς τοῦ ἐκκόλπωματος μετέπτεσμα λίαν ὄξει πόνους.

— Νὰ δημιουργηθῇ μία 12δακτυλίτις.

— Γαγγραινοποίησις τοῦ ἐκκόλπωματος.

— Κακοήθης ἐξαλλαγή, ὀφειλομένη εἴτε εἰς τοιαύτην τοῦ περιεχομένου παγκρεατικοῦ ἱστοῦ εἴτε εἰς ἐξαλλαγὴν αὐτοῦ τούτου τοῦ τοιχώματος τοῦ ἐκκόλπωματος.

Συνύπαρξις ἐκκόλπωματος μετέἄλλων παθήσεων.

- “Ελκος και έκκόλπωμα.
- “Ελκος εντός τοῦ έκκολπώματος.
- Έκκόλπωμα και παγκρεατίτις.
- Γενική έκκολπωμάτωσις τοῦ πεπτικοῦ σωληνος.

Ἐκτινολογική εξέτασις. Μόνον ἡ εξέτασις αὕτη θά ἐπιτρέψη τήν διάγνωσιν. Κατά τήν εξέτασιν ταύτην, ἥτις θά λάβῃ χώραν εἰς ὄλας τὰς θέσεις και προβολάς, θά ἔχωμεν ὑπ' ὄψιν τήν πλέον συχνήν ἐντόπισιν ἐπὶ τῆς κατιούσης μοῖρας και παρά τό φατέρειον φῶμα, ἐν συνεχείᾳ τήν τρίτην μοῖραν, τόν βολβόν και τήν τετάρτην μοῖραν (Feldman). Θά ἔχωμεν ἐπίσης ὑπ' ὄψιν, ὅτι τό ὑφιστάμενον έκκόλπωμα δυνατὸν νά μὴ ἀνευρεθῆ, διότι λόγω φλεγμονῆς ἢ λιαν ἐστενωμένου μίσχου δὲν πληροῦται ὑπὸ τοῦ βαρ. πόλτου.

Θά ἐρευνήσωμεν ὡσαύτως τήν πιθανήν ὕπαρξιν και ἄλλων έκκολπωμάτων καθ' ὄλον τό μήκος τοῦ 12δακτύλου. Ἐνίοτε ὑποχρεούμεθα εἰς τήν διά καθετήρος πλήρωσιν τοῦ 12δακτύλου ὑπὸ βαρ. πόλτου, ὁπότε και ἀποφεύγομεν τήν σκιάν τοῦ στομάχου καλύπτουσαν ταῦτα.

Ἡ χαρακτηριστική εἰκὼν τοῦ έκκολπώματος συνίσταται εἰς εὐμεγέθη στρογγύλην σκιάν, μὲ παρυφήν λείαν, ἥτις ἐκκινεῖ ἐκ τοῦ 12δακτυλικοῦ τοιχώματος, κυρίως τοῦ ἔσω χείλους. Ἡ σκιά αὕτη εἶναι μόνιμος, ἀλλάσσει δὲ σχῆμα και θέσιν ἀναλόγως τῆς στάσεως τοῦ ἀρρώστου, παραμένει δὲ ἐπὶ ὥρας και μετὰ τήν πλήρη ἐκκένωσιν τοῦ βαρ. πόλτου ἐκ τοῦ ὑπολοίπου 12δακτύλου. Ἐνίοτε παρατηροῦνται ἐντὸς τοῦ έκκολπώματος αἱ βλεννογόνοι πτυχαὶ τοῦ 12δακτύλου κατευθυνόμεναι ἐντὸς τούτου διά τοῦ αὐχένος τοῦ έκκολπώματος.

Τό σχῆμα ποικίλλει, ἰδίως εἰς τὰ εὐμεγέθη έκκολπώματα. Οὕτως εἰς ὀρθίαν θέσιν παρατηρεῖται ἐπίπεδον στῶμα ἐκ βαρίου μὲ φυσαλλίδα ἀέρος ὕπερθεν. Εἰς ὀριζοντίαν θέσιν ἐμφανίζεται ὡς στρογγύλη σκιά.

Θά ἐλέγξωμεν ἐπὶ πλέον τό ὑπόλοιπον 12δάκτυλον και τὰς πιθανὰς ἀλλοιώσεις του λόγω φλεγμονῆς ἢ στενώσεως, τήν πίεσιν τοῦ έκκολπώματος ἐπὶ τοῦ χοληδόχου πόρου, τήν πιθανήν φλεγμονήν, τὰς σχέσεις του μετὰ τῆς κεφαλῆς τοῦ παγκρέατος.

Διαφορική διάγνωσις. Ἡ στρογγύλη σκιά, ἡ μεταβολὴ εἰς τό σχῆμα και τό μέγεθος μὲ τήν ἀλλαγὴν θέσεως τοῦ ἐξεταζομένου ἀρρώστου, αἱ σχέσεις μὲ τό ἔσω χεῖλος τοῦ 12δακτύλου,

ὁ μίσχος, αἱ βλεννογόνοι πτυχαί, ἡ ἐκλεκτικὴ θέσις παρὰ τὸ φατέριον φῦμα, εἶναι σημεῖα συνηγοροῦντα ὑπὲρ τοῦ ἐκκολπώματος, ἀποκλείοντα δὲ συγχρόνως τὴν διάγνωσιν τοῦ ἔλκουσ, ἰδίως τῆς δευτέρας μοίρας (βλ. Τόμος Α', σ. 104).

Τὸ ἐκκόλπωμα τῆς νήστεο-12δακτυλικῆς γωνίας καλύπτεται ὑπὸ τοῦ σώματος τοῦ στομάχου ἢ προβάλλει ὀπισθεν πρὸς τὸ ἔλασσον τόξον, ὁπότε θὰ πρέπη νὰ διαχωρισθῇ τοῦ ἔλκουσ καὶ ἰδίως μιᾶς φωλεᾶς τοῦ Haudeck.

Εἰς περίπτωσιν συριγγίου μετὰ τῆς χοληδοχου κύστεως, αὕτη πληροῦται κατὰ τὴν ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν.

Δυσχέρειαι προκύπτουν εἰς περίπτωσιν μικροῦ ἐκκολπώματος παρὰ τὴν κατιοῦσαν μοῖραν. Εἰς τὴν περίπτωσιν ταύτην θὰ πρέπη νὰ διακριθῇ τοῦτο τοῦ φατερίου φύματος, ὅταν ἰδίως τὸ τελευταῖον εἶναι διηυρυσμένον.

Τὸ φῦμα σπανίως διαγράφεται ἀκτινολογικῶς, λαμβάνει δὲ τότε σχῆμα εἴτε δισχιδές, λόγῳ εἰσόδου τοῦ βαρ. πόλτου ἐντὸς τῶν ἐκκριτικῶν πόρων, εἴτε σχῆμα κομβίου.

Θεραπεία. Κυρίως διαιτητικὴ καὶ φαρμακευτικὴ. Θὰ χορηγῶμεν βισμούθειον 1—2 κοχλ. τοῦ καφέ, ἡμίσειαν ὥραν πρὸ ἐκάστου γεύματος, ἀτροπίνην κ.λ.π.

Ἡ χειρουργικὴ ἐπέμβασις ἐνδείκνυται εἰς περίπτωσιν ἐπανειλημμένων αἱμορραγιῶν, ἐφ' ὅσον δὲν ἀνευρίσκεται ἄλλο αἷτιον. Ἐπίσης εἰς περίπτωσιν συνεχῶν πόνων, ὡς καὶ ἀποφρακτικοῦ ἰκτέρου ὀφειλομένου εἰς πίεσιν τοῦ χοληδόχου πόρου ὑπὸ τοῦ ἐκκολπώματος.

IV. Ἐκκολπώματα τοῦ λεπτοῦ ἐντέρου.

Ταῦτα εἶναι σπάνια ἐν σχέσει μετὰ τὰ τοῦ οἰσοφάγου, στομάχου, 12δακτύλου καὶ κόλου. Γὰ τῆς νήστεως λ.χ. ὑπολογίζονται εἰς τὸ 3% ὄλων τῶν ἐκκολπωμάτων τοῦ πεπτικοῦ σωλήνος. Ἡ συχνότης τῶν ἐλαττοῦται ἐφ' ὅσον ἀπομακρυνόμεθα τῆς νήστεως, μετὰ πιθανὴν ἴσως αὔξησιν τοῦ ἀριθμοῦ τῶν παρὰ τὴν τελικὴν μοῖραν τοῦ εἰλεοῦ. Οὕτως, ὡς ἀναφέρεται ὑπὸ τοῦ Feldman, οἱ Benson καὶ Waugh, ἐπὶ 122 περιπτώσεων ἐκκολπωμάτων νήστεως καὶ εἰλεοῦ, εὔρον ὅτι τὰ 100 ἠδράζοντο ἐπὶ τῆς νήστεως, τὰ 17 εἰς αὐτὸν τοῦτον τὸν εἰλεόν, τὰ δὲ ὑπόλοιπα 5 ἦσαν διεσκορπισμένα καθ' ὅλον τὸ μῆκος τοῦ λεπτοῦ ἐντέρου.

Ὁ ἀριθμὸς τῶν ποικίλλει, ἄλλοτε εἶναι μονήρη, συνηθέστερον πολλαπλᾶ. Τὸ μέγεθός τῶν εἶναι διαμέτρου ἀπὸ 0,5 ἕως 6 ἐκ.

Ἐντοπίζονται ἐπὶ τῆς μεσεντερίου παρυφῆς τοῦ ἐντέρου, ὅπου καὶ εἰσέρχονται τὰ ἀγγεῖα ἐντὸς τοῦ ἐντερικοῦ τοιχώματος.

Διακρίνονται εἰς συγγενῆ καὶ ἐπίκτητα, τὰ τελευταῖα δὲ ταῦτα εἶναι κυρίως ἐκκολπώματα ὡσεὺς εἰς ἡλαττωμένης ἀντιστάσεως μοῖραν τοῦ ἐντερικοῦ τοιχώματος.

Κλινικῶς ταῦτα ἐκδηλοῦνται ὑπὸ μορφήν διαχύτων κοιλι-
ακῶν ἀλγῶν μετ' αἰσθήματος διατάσεως. Σπανίως ἔχομεν ἐμέτους. Αἱ αἰμορραγίαι ὅμως εἶναι σημαντικὸν σύμπτωμα. Ἐνίοτε παρατηροῦνται φαινόμενα ἀτελοῦς ἐντερικῆς ἀποφράξεως. Ἡ φλεγμονή των (ἐκκολπωματίτις) προκαλεῖ φαινόμενα πλέον ὀξέα, ἀκόμη καὶ περιτονίτιδα λόγῳ διατρήσεως, ἐντετοπισμένου ἀποστήματος κ.λ.π.

Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέταση εἶναι δυσχερής, διότι τὰ ἐκκολπώματα καλύπτονται ὑπὸ τοῦ μεσεντερίου. Συνήθως προηγεῖται ἡ λήψις μιᾶς ἀπλῆς, ἄνευ χορηγήσεως βαρ. πόλτου, ἀκτινογραφίας, ὅποτε δυνατόν νὰ παρατηρηθοῦν θύλακες περιέχοντες ὕγρα καὶ ἀέρα. Ἐάν πληρωθοῦν, θὰ εὐρωμεν στρογγύλους θύλακας περιέχοντας δύο ἢ καὶ τρία στρώματα, τὸν βαρ. πόλτον, ὕγρα καὶ ἀέρα. Τὸ μέγεθός των εἶναι μικρόν, περιλαμβάνουν δὲ ἀσύχνα, ἐντὸς τοῦ ὁποίου διακρίνονται αἱ βλεννογόνοι πτυχαί. Ἡ θέσις των ἀλλάσσει, δεδομένου ὅτι τὸ λεπτόν ἔντερον εἶναι λίαν εὐκίνητον.

Ἡ θεραπεία θὰ εἶναι οἷα καὶ διὰ τὰ ἐκκολπώματα τοῦ 12δακτύλου.

* *
*

V. Ἐκκολπώματῶσις καὶ ἐκκολπωματίτις τοῦ παχέος ἐντέρου.

Θυλακοειδεῖς σάκκοι, ἐν εἴδει τυφλῶν προεκβολῶν διὰ μέσου τοῦ μυϊκοῦ χιτῶνος τοῦ ἐντέρου, ὑπὸ μορφήν κήλης τοῦ βλεννογόνου, κατανεμόμενοι κατὰ μήκος τοῦ παχέος ἐντέρου ἢ μοῖρας τούτου μεῖ ἰδιαιτέραν καὶ συχνοτέραν ἐντόπισιν εἰς τὸ σιγμοειδές.

Ὡς πρῶτος περιγράψας ταῦτα φέρεται ὁ Morgagni, τὸν 18ον αἰῶνα. Ἡ πρώτη πλήρης καὶ ἀκριβὴς περιγραφή ὀφείλεται εἰς τὸν Cruveilhier, τὸ 1894. Οὗτος, κατὰ τὴν νεκροτομὴν τοῦ Καθηγ. Alibert, διεπίστωσε τὴν ὑπαρξιν 400 ἐκκολπωμάτων κατὰ μήκος τοῦ κόλου. Αἱ περιγραφαί τοῦ Cruveilhier εἶναι ὄχι μόνον ἀνατομικαί, ἀλλ' ἀσχολοῦνται καὶ μετὰ τὴν κλινικὴν εἰκόνα ὡς καὶ τὴν αἰτιο-παθογονίαν.

Ἐν συνεχείᾳ ταῦτα περιεγράφησαν ὑπὸ τοῦ Virchow (1853), τοῦ S. Jones (1858) καὶ τοῦ Γερμανοῦ Graser (1898). Ἡ ἐκκολπώματῶσις

έν Γερμανίᾳ καλεῖται καί «νόσος τοῦ Graser», ἂν καί, ὡς εἶδομεν, 50 ἔτη πρὸ τούτου ὁ Cruveilhier εἶχε προβῆ εἰς πλήρη ἀνατομοκλινικὴν περιγραφὴν.

Ἄλλαι ἐργασίαι ἐν συνεχείᾳ, κυρίως ἀγγλοσαξωνικάι, ἀσχολοῦνται μὲ τὴν αἰτιολογίαν καὶ τὴν θεραπείαν.

Συχνότης. Δὲν δύναται νὰ προσδιορισθῆ ἐπακριβῶς, ἐφ' ὅσον πολλὰ ἄτομα, ἔχοντα τοιαῦτα ἐκκολπώματα, δὲν ἐξετάζονται ὡς μὴ παρουσιάζοντα ἐνοχλήματα. Πιθανὸν δὲ αἱ ἀσυμπτωματικάι αὐταὶ περιπτώσεις νὰ ὑπερβαίνουν εἰς ἀριθμὸν τὰς ἐξεταζομένας λόγω κλινικῶν ἐνοχλημάτων. Ὡς ἐκ τούτου, αἱ στατιστικάι βασίζονται ἐπὶ νεκροτομικῶν δεδομένων καὶ ἀκτινολογικῶν ἐξετάσεων, αἱ ὁποῖαι ὅμως δὲν τὰ ἀποκαλύπτουν πάντοτε.

Ἐπὶ 13.068 νεκροτομῶν, ὁ Maxwell Telling ἀνευρίσκει 28 περιπτώσεις (0,21%). Ὁ Robertson, τῆς Mayo Clinic, σημειοῖ συχνότητα 5% ἐπὶ νεκροτομῶν ἀτόμων ἐχόντων ὑπερβῆ τὸ 40ὸν ἔτος τῆς ἡλικίας των.

Ἐν Γαλλίᾳ ὁ Mourgues, ἐπὶ 1000 νεκροτομῶν γερόντων, ἀνευρίσκει 29 περιπτώσεις.

Αἱ ὑπὸ διαφόρων συγγραφέων γενόμεναι ἀκτινολογικάι ἐξετάσεις μᾶς δίδουν τοὺς ἑξῆς ἀριθμούς: Ἐπὶ 52.411 ἀκτινολογικῶν ἐξετάσεων τοῦ κόλου ἐν τῇ Mayo Clinic, ἀνευρέθησαν 3137 περιπτώσεις (5,9% L.A. Buie). Ὁ Larimore ἐπὶ 4.408 ἀναλόγων ἐξετάσεων ἀναφέρει 55 περιπτώσεις (1,24%). Οἱ Spriggs καὶ Marner ἐπὶ 3208 ἀναβιβάζουν τὸ ποσοστὸν εἰς 10%, οἱ δὲ Willards καὶ Bockus ἐπὶ 463 ἐξετάσεων ἀνευρίσκουν 38 περιπτώσεις (8,2%).

Ἡλικία. Φύλον. Ἡ νόσος αὕτη ἐκδηλοῦται συνήθως μετὰ τὸ 40ὸν ἔτος. Ἀναφέρονται ὅμως καὶ περιπτώσεις εἰς ἄτομα ἡλικίας 6, 7, 10, 12, 22 ἐτῶν κλπ. Ὁ Ransohoff ἀναφέρει περίπτωσιν σιγμοειδίτιδος ἐξ ἐκκολπωματίτιδος εἰς παιδίον ἡλικίας 3 ἐτῶν. Ἐπὶ 1500 περιπτώσεων, τὰ 94,2% εἶχον ὑπερβῆ τὸ 40ὸν ἔτος (Buie), ἐνῶ οἱ Willards καὶ Bockus ἐπὶ 72 περιπτώσεων ἐκκολπωματώσεως εὐρίσκουν ὅτι τὰ 72% εἶχον ὑπερβῆ τὸ 50ὸν ἔτος. Κατὰ μέσον ὄρον τὰ 40—45% τῶν περιπτώσεων ἀναφέρονται εἰς ἄτομα ἡλικίας 50—55 ἐτῶν.

Ἀπὸ ἀπόψεως φύλου ὑπερέχει ἐλαφρῶς τὸ ἀνδρικόν, διὰ δὲ τοῦς Ochsner καὶ Barger ἡ ἀναλογία εἶναι 2,75 : 1.

Ἐντόπιος. Τὰ ἐκκολπώματα δύνανται νὰ καταλάβουν ὀλόκληρον τὸ παχὺ ἔντερον. Ἡ συνηθεστέρα ὅμως ἐντόπις αὐτῶν εἶναι παρὰ τὸ ἀριστερὸν κόλον καὶ ὅλως ἰδιαιτέρως τὸ σιγμοειδές (75—80%). Πράγματι εἰς ὅλας τὰς περιπτώσεις ἐκκολπωματώσεως τοῦ κόλου, τὸ σιγμοειδές ἦτο πάντοτε προσβεβλημένον, ἀλλὰ συνήθως καὶ τὸ μόνον μὲ φλεγμονήν, ἤτοι μὲ ἐκκολπωματίτιδα. Ὅσον ἀφορᾷ τὸ ὀρθόν, ἡ ἐκεῖ ἐντόπις εἶναι σπανία.

Τὸ μονήρες ἐκκόλπωμα δὲν εἶναι σπάνιον, τὰ πολλαπλᾶ ὅμως, τὰ καταλαμβάνοντα ὀλόκληρον τὸ κόλον, εἶναι καὶ τὰ συνηθέστερα. Ἡ σοβαρότης τῆς νόσου δὲν ἐξαρτᾶται ἐκ τοῦ ἀριθμοῦ. Πολλαπλᾶ ἐκκολπώματα δυνατὸν νὰ μὴ προκαλέσουν ἐνοχλήματα, ἐνῶ

τό μονήρες δὲν ἀποκλείεται νὰ διατηρηθῆ καὶ νὰ προκαλέσῃ οὕτω τὸν θάνατον.

Τὰ ἐκκολπώματα ἐμφανίζονται ἐκλεκτικῶς ἐπὶ ὠρισμένων σημείων, ὅπως παρὰ τὴν πρόσφυσιν τοῦ μεσεντερίου, παρὰ τὸ τρήμα δι' οὗ διέρχονται οἱ τελικοὶ κλάδοι τῶν κολικῶν ἀρτηριῶν. Τοιοῦτοτρόπως εὐρίσκεται εἰς ἄμεσον σχέσιν μὲ τὸν κλάδον αὐτὸν τῆς ἀρτηρίας, ἐξ οὗ καὶ αἱ αἱμορραγαὶ κατὰ μίαν ὀξεῖαν ἐκκολπωματίτιδα. Εἷς τινὰς περιπτώσεις τὸ ἐκκόλπωμα ἀναπτύσσεται ἐντὸς αὐτοῦ τούτου τοῦ μεσοκόλου (ἐνδομεσεντέριον ἐκκόλπωμα), ὅποτε καὶ κατὰ τὴν ἐρευνητικὴν λαπαροτομίαν δυνατὸν νὰ μὴ ἀνευρεθῆ. Ἄλλοτε πάλιν ἐντοπίζεται ἐκλεκτικῶς πλησίον τῶν ἐπιπλοϊκῶν ἀποφύσεων ἢ καὶ ἐντὸς τούτων. Τέλος ὑπάρχει καὶ ἐντὸς τῆς κοιλότητος δεξιᾶ καὶ ἀριστερᾶ τῶν ἐπιμήκων ταινιῶν.

Παθολογικὴ ἀνατομικὴ. Μακροσκοπικῶς ἐμφανίζονται κατὰ μῆκος τοῦ παχέος ἐντέρου ὡς στοργύλαι διογκώσεις. Τὸ μέγεθός των ποικίλλει ἀπὸ πύσου μέχρι κερασίου, ἀλλὰ καὶ φύου καὶ πλέον. Εἶναι στοργύλαι, ὀμαλά, ἄνευ μίσχου ἢ ἀπιοειδῆ, ὅποτε ἐμφανίζονται ὡς μισχωτά. Ἄλλοτε ἔχουν σχῆμα δακτύλου χειροκτίου.

Ἡ σύστασις τῶν ἐξαρτᾶται ἐκ τοῦ περιεχομένου των. Κενά, εἶναι μαλθακά, ἀποπλατυνόμενα κατὰ τὴν πίεσιν μεταξύ τῶν δύο δακτύλων. Πεπληρωμένα ὑπὸ κοπράνων ἀποκτοῦν τὴν σύστασιν μαλθακοῦ κηροῦ, ἀλλὰ καὶ γησίου λίθου. Τὸ τρήμα ἐπικοινωνίας μετὰ τοῦ ἐντερικοῦ βλεννογόνου, ἐὰν μὲν εἶναι εὐρύ, ἐπιτρέπει νὰ διακρίνη τις τὸν πυθμένα τοῦ ἐκκολπώματος, ἐὰν δὲ λίαν ἐστενωμένον, ὁ ἐντερικὸς αὐλὸς ἀπομονοῦται τοῦ αὐλοῦ τοῦ ἐκκολπώματος.

Δημιουργεῖται οὕτως εἰς ἐστενωμένον αὐχὴν ἐκεῖ ὅπου τὸ ἐκκόλπωμα διέρχεται τὸ ἐντερικὸν τοίχωμα. Ὁ αὐχὴν οὗτος συνεχίζεται ὑπὸ τοῦ ἐξω-ἐντερικοῦ διατεταμένου σώματος τοῦ ἐκκολπώματος. Συχνὰ τὸ τρήμα ἐπικοινωνίας καλύπτεται ὑπὸ πτυχῶν ἐντερικοῦ βλεννογόνου.

Ἱστολογικῶς, ἐὰν δὲν ὑπάρχη φλεγμονή, ὁ βλεννογόνος τοῦ ἐκκολπώματος εἶναι σχεδὸν φυσιολογικός, μὲ ἀτροφίαν ὁμῶς τῶν ἀδένων τοῦ Lieberkühni καὶ διεϋρύνειν τῶν μεταξύ τῶν ἀδένων τούτων διαστημάτων. Ὁ ὑποβλεννογόνιος χιτῶν εἶναι ἐκλεπτυσμένος, μὲ ἐλαφρὰν διήθησιν ἐξ ἐμβρυϊκῶν κυττάρων. Ὁ ὑποβλεννογόνιος μυϊκὸς χιτῶν (muscularis mucosae) εἶναι συνήθως ἀνέπαφος, ἐνῶ ὁ μυϊκὸς χιτῶν παρουσιάζει σημαντικὰς βλάβας.

Εἰς τὰ περισσότερα τῶν ἐκκολπωμάτων ὁ μυϊκὸς χιτῶν ἀπουσιάζει. Κατὰ τοὺς Orthl, Mayo καὶ Huston, ἡ ἀπουσία αὕτη μυϊκῶν ἰνῶν χαρακτηρίζει τὸ ἐπίκτιον ἐκκόλπωμα. Τὸ συγγενές, πλέον σπάνιον, διακρίνεται ἐκ τῆς παρουσίας μυϊκοῦ χιτῶνος, ὅποτε τὸ τοίχωμα τοῦ ἐκκολπώματος εἶναι ὅμοιον μὲ τὸ τοῦ ἐντέρου.

Εἰς τοῦτο διαφωνοῦν ἄλλοι συγγραφεῖς, διὰ τοὺς ὁποίους ἡ ὑπαρξὶς μυϊκῶν ἰνῶν ἐντὸς τοῦ τοιχώματος τῶν ἐπικτήτων ἐκκολπωμάτων εἶναι ἀρκετὰ συχνή. Αἱ μυϊκαὶ αὗται ἴνες εἶναι πολλαὶ εἰς ἀριθμόν, ἰδίως παρὰ τὸν

αυχένα τοῦ ἐκκολπώματος, ὥστε νά σχηματίζου γνήσιον σφιγκτήρα, ἀραι-
οῦνται δὲ ἐφ' ὅσον κατέρχονται πρὸς τὰ τοιχώματα τοῦ ἐκκολπώματος.

* Ἄλλοι συγγραφεῖς, ὅπως ὁ R. Bensaude, παραδέχονται, ὅτι κατὰ τὸ
πρῶτον στάδιον τοῦ σχηματισμοῦ τοῦ ἐκκολπώματος δὲν ὑπάρχουν παρά
μικραὶ κυπελλοειδεῖς καταχώσεις τοῦ βλεννογόνου, ἀντιστοιχοῦσαι εἰς τὰ
μικροσκοπικὰ ἐκκολπώματα τῶν Graser καὶ Sodikι καὶ πιθανῶς εἰς ὅτι ὁ
Spriggs ἔχει περιγράψει ὡς «προεκκολπωματικὴν κατάστασιν».

Κατὰ τὴν ἀνάπτυξίν του τὸ ἐκκόλπωμα προσβάλλει τὸν μυϊκὸν χι-
τῶνα. Οὗτος ἢ ἀνθίσταται καὶ αἱ ἀπωθηθεῖσαι μυϊκαὶ ἴνες ὀργανοῦνται κυ-
κλικῶς σχηματίζουσαι σφιγκτήρα μέσῳ τοῦ ὁποίου θὰ διέλθῃ τὸ ἐκκόλ-
πωμα, ἢ διατείνεται καὶ τὸ σχηματιζόμενον ἐκκόλπωμα καλύπτεται ὑπὸ μυϊ-
κῶν ἰνῶν.

Μολαταῦτα ἢ ὑπαρξίς ἢ μὴ μυϊκῶν ἰνῶν κατὰ τὴν ἐπιφάνειαν τοῦ ἐκ-
κολπώματος δὲν ἐπιτρέπει, κατὰ τινὰς συγγραφεῖς, νά κρίνῃ τις πάντοτε
ἐάν τοῦτο εἶναι συγγενὲς ἢ ἐπίκτητον.

Π α θ ο γ ἔ ν ε ι α. Δὲν ἔχει εἰσέτι πλήρως διευκρινηθῇ. Τὸ γεγονός
ὅτι ἐμφανίζεται περὶ τὸ 50ὸν ἔτος συνηγορεῖ ὑπὲρ τῆς ἐπίκτητου
προελεύσεως. Ὅπως ὁμοῦς διὰ μίαν κοινὴν κήλην, οὕτω καὶ ἐνταῦθα δὲν
εἶναι δυνατόν ν' ἀποκλείσῃ τις τὴν ἐλαττωματικὴν κατασκευὴν τοῦ ἐντερι-
κοῦ τοιχώματος.

Τὸ ὅτι ἐπίσης ταῦτα ἀπαντοῦν κυρίως εἰς τὸ κατιόν-σιγμοειδές, προ-
βάλλεται ὡς παράγων, ὅστις συνηγορεῖ ὑπὲρ τῆς λοιμώδους θεωρίας, δε-
δομένου ὅτι ἐκεῖ λόγῳ στάσεως, ἀλλὰ καὶ τῆς πολτώδους ἢ ὕδαρουσ ουστά-
σεως τῶν κοπράνων, εὐνοεῖται ἡ ἀφθονος ἀνάπτυξις μικροβίων.

Τὸ 1894, ὁ Zielgen, κατὰ νεκροτομὰς γερόντων, παρετήρησε κόπρανα
ἐντὸς τοῦ ἐντερικοῦ βλεννογόνου, παρά τὸν αὐχένα διατεταμένου ἀδένους.
Κατόπιν τούτου ὑπεστήριξε τὴν ἀδενικὴν προέλευσιν, δημιουργουμένης οὕτω
μίας κοπρανώδους κύστεως ἐξ ἐγκλίσεως, ἣτις καὶ δίδει ἐν συνεχείᾳ γέ-
νεσιν εἰς τὸ ἐκκόλπωμα. Ἡ θεωρία αὕτη, μὴ ἐπιβεβαιωθεῖσα ὑπὸ μεταγενε-
στέρων παθολογοανατομικῶν ἐρευνῶν, ἔχει σήμερον ἐγκαταλειφθῇ.

* Ὅπως καὶ διὰ τὰς ἄλλας μοῖρας τοῦ πεπτικοῦ σωλήνος, οὕτω καὶ ἐδῶ
τὰ ἐκκολπώματα διακρίνονται εἰς ἐξ ἔλξεως καὶ ἐξ ὤσεως.

Ἐ κ κ ο λ π ῶ μ α τ α ἐξ ἔ λ ξ ε ω ς. Δημιουργοῦνται λόγῳ συμφύσεων
μεταξὺ παχέος ἐντέρου καὶ παρακειμένων ὀργάνων, ἅτινα ἔλκουν τὸ ἐντερικὸν
τοιχώμα. Ἐν τῇ πραγματικότητι ὁμοῦς πρόκειται περὶ ἀνωμάτων ψευδο-εκ-
κολπωμάτων ὀφειλομένων εἰς περισπλαγχνίτιδα. Σπανίως ὁμοῦς ἀπαντοῦν
συμφύσεις κατὰ τὴν κορυφὴν τοῦ ἐκκολπώματος, ἢ δὲ θεωρία αὕτη δὲν ἐξη-
γεῖ τὴν ὑπαρξίν τῶν μικροσκοπικῶν τοιούτων, ἅτινα δὲν προβάλλουν εἰσέτι
ἐξῶ τοῦ ὀρογόνου, εἶναι δὲ καὶ ἐλεύθερα πάσης συμφύσεως.

Ἐ κ κ ο λ π ῶ μ α τ α ἐξ ὤ σ ε ω ς. Ἴνα δημιουργηθῇ ἐν τοιοῦτον
ἐκκόλπωμα, ἀπαιτεῖται ἡ συνεργασία δύο παραγόντων:

- Αὐξήσις τῆς ἐνδο-επιτερικῆς τάσεως.
- Τοπικὴ χάλασις τοῦ ἐντερικοῦ βλεννογόνου.

Κατὰ τὴν πρώτην αἰτιολογίαν, τὸ ἐκκόλπωμα δημιουργεῖται λόγῳ αὐ-
ξήσεως τῆς ἐνδο-επιτερικῆς τάσεως, ὀφειλομένης ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον εἰς
δυσκοιλίότητα—παρατηρουμένην εἰς τὰς ἡμισείας τῶν περιπτώσεων—ἣτις
προκαλεῖ διάτασιν τοῦ ἐντέρου, ἐν συνεχείᾳ χάλασιν τοῦ τοιχώματός του,

όποτε δημιουργείται ή κήλη, δηλαδή τὸ ἐκκόλπωμα. Εἰς τὴν θεωρίαν ταύτην δύναται ν' ἀντιτάξῃ τις τὸ γεγονός, ὅτι ἡ ἐκκολπωματώσις ὑπερέχει εἰς τοὺς ἀνδρας, ἢ δυσκοιλιότης ἀντιθέτως ὑπερέχει εἰς τὰς γυναῖκας, ἂν καὶ εἰς τὰς ἡμετέρας περιπτώσεις ὑπερέχουν αἱ γυναῖκες.

Κατὰ τὴν δευτέραν—τῆς χαλάσεως τοῦ ἐντερικοῦ τοιχώματος—ὑποστηρίζεται ὅτι κατὰ τὸ προ-εκκολπωμαστικόν στάδιον καὶ εἰς τὰ σημεῖα ὅπου τὰ διάφορα ἀγγεῖα εἰσέρχονται εἰς τὸ ἔντερον παρατηρεῖται διάτασις, ὀφειλομένη εἰς τὸ τοπικόν λίπος. Κατὰ δὲ τὸν Καββαδιάν, πρόκειται περὶ τοπικῆς ὑπερλιπώσεως, ἣτις προδιαθέτει εἰς μελλοντικὴν ἐκκολπωματώσιν. Κατὰ τὸν Graser, τὰ ἐκκολπώματα ἐμφανίζονται ἐκεῖ ὅπου ἐξέρχονται καὶ αἱ φλέβες τοῦ ἐντέρου. Μία τοπικὴ φλεβικὴ στάσις, λόγῳ ὑπερτάσεως τοῦ μεσεντερίου συστήματος, εὐνοεῖ τὴν διεύρυνσιν τοῦ τρήματος.

Ὁ Suduski ὑποστηρίζει, ὅτι ἡ ἐξαφάνισις τοῦ λίπους παρὰ τὰ σημεῖα ταῦτα εὐνοεῖ τὴν διεύρυνσιν καὶ τὸν σχηματισμὸν τῶν ἐκκολπωμάτων. Ἐπομένως ταῦτα εἶναι πλέον συχνὰ εἰς τοὺς παχυσάρκους, εἰς τοὺς ὁποίους ἐπέρχεται ἀπότομος ἀπίσχανσις. Ἐχομεν οὕτως ἀρχικῶς συσώρευσιν λίπους, ἐν συνεχείᾳ δὲ ἐξαφάνισιν τούτου, ὅποτε καὶ δημιουργεῖται τὸ κενὸν διάστημα δι' οὗ θὰ διέλθῃ τὸ ἐκκόλπωμα.

Ἡ συγγενὴς προδιάθεσις ὑποστηρίζεται ὡς ἡ πλέον ὀρθὴ θεωρία. Παρὰ τὸ κόλον, ἰδίως τὸ ἀριστερόν, ὑπάρχει εἰδική, συγγενὴς προδιάθεσις, συνισταμένη εἰς τὴν ὑπαρξιν ἀσθενῶν σημείων τοῦ ἐντερικοῦ τοιχώματος, ὅπου καὶ θὰ ἐμφανισθοῦν τὰ ἐκκολπώματα. Εἰς μίαν δεδομένην στιγμήν τοῦ βίου τοῦ ἀνθρώπου, ἰδιαιτέρως εἰς τὴν ἡλικίαν καθ' ἣν ἐπέρχεται γενικὴ χαλάρωσις τῶν ἰσθμῶν, ἐν ἐκ τῶν ἀσθενῶν αὐτῶν σημείων ὑποχωρεῖ, τὸ δὲ ἐκκόλπωμα σχηματίζεται εἴτε δι' ὀλικῆς κήλης τοῦ ἐντερικοῦ τοιχώματος εἴτε μόνον τοῦ βλεννογόνου - ὀρογόνου.

Ἐπὲρ τῆς συγγενοῦς προδιαθέσεως συνηγορεῖ καὶ ἡ ἀνεύρεσις ἐκκολπωμάτων εἰς ἄτομα νέα τὴν ἡλικίαν, ἢ μεγαλύτερα συχνότης εἰς ὠρισμένας φυλάς (Ἀγγλοσαξωνικῆς), εἰς ὠρισμένας οἰκογενείας, ἢ συνύπαρξις μὲ ἀλλὰ, ἄλλων μοιρῶν τοῦ πεπτικοῦ σωλήνος κ.λ.π.

Ὁ σχηματισμὸς, ἐπομένως, ἐνὸς ἐκκολπώματος ὀφείλεται εἰς ἓνα δυναμικὸν παράγοντα ἐπὶ συγγενοῦς προδιαθέσεως τοῦ ἐντερικοῦ τοιχώματος. Ὁ μηχανισμὸς οὗτος ἀπαντᾷ συχνὰ εἰς τὸν ἄνθρωπον. Παράδειγμα ἡ βουβωνικὴ κήλη. Ἀλλὰ καὶ τὸ ἐκκόλπωμα εἶναι κήλη. Κήλη τοῦ ἐντέρου διὰ μέσου τοῦ ἐντέρου.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΩΝ

Ἐκκολπωματώσις τοῦ παχέος ἐντέρου καλεῖται ἢ κατὰστάσις ἐκείνη, ἣτις χαρακτηρίζεται ἀπὸ τὴν ὑπαρξιν, κατὰ μήκος τούτου ἢ καὶ μοίρας μόνον αὐτοῦ, πολλῶν τῶν ἀριθμὸν ἐκκολπωμάτων, ἅτινα δὲν φλεγμαίνουσι, δὲν ἔχουσι ἐπιπλακῆ καὶ εἶναι κλινικῶς σιωπηρά.

Ἐκκολπωμαστίτις καλεῖται ἡ ἐντετοπισμένη ὑπόξεια ἢ ὀξεῖα φλεγμονὴ τῶν θυλάκων τούτων μὲ ἀποτέλεσμα κλινικῆς ἐκδηλώσεως, ἐνλίτε βαρέας μορφῆς.

Περί-εκκολπωματίτις καλεῖται ἡ φλεγμονώδης κατάστασις τῶν ἐκκολπωμάτων μετέκτασιν πρὸς γεινιάζοντας ἰστούς.

Προ-εκκολπωμάτωσις καλεῖται ἡ παθολογικὴ ἐκείνη κατάστασις τοῦ παχέος ἐντέρου, ἣτις προηγείται τοῦ σχηματισμοῦ τῶν ἐκκολπωμάτων καὶ δύναται νὰ διαγνωσθῇ ἀκτινολογικῶς.

Α' Ἐκκολπωμάτωσις. Εἰς πλείστας ὄσας περιπτώσεις ἢ κατάστασις αὕτη δὲν ἔχει παθολογικὰς ἐκδηλώσεις. Ὡς ἐκ τούτου λέγεται, ὅτι κάθε ἄτομον, φορεὺς τοιοῦτων ἐκκολπωμάτων, εἶναι ἄρρωστος ἀγνοῶν τοῦτο.

Πράγματι, ἐπὶ ἔτη δὲν ὑπάρχουν κλινικαὶ ἐκδηλώσεις, ἐνίοτε δὲ καθ' ὅλον τὸν μακρὸν βίον τοῦ τῷ ἄτομον αὐτὸ ἀγνοεῖ τὴν ὑπαρξίν των ἢ τὰ ἀνακαλύπτει τυχαίως κατὰ μίαν ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν τοῦ πεπτικοῦ σωλήνος δι' ἄλλην αἰτίαν.

Ἐάν οἱ ἄρρωστοὶ προσέρχωνται δι' ἐξέτασιν, εἶναι διότι παραπονοῦνται διὰ δυσκοιλιότητα, παλαιὰν καὶ καθ' ἕξιν ἢ καὶ προσφάτως ἐκδηλωθεῖσαν καὶ ἐπιδεινωθεῖσαν λόγῳ τῶν λαμβανομένων καθαρτικῶν.

Ἄλλοι παραπονοῦνται διὰ βλεννώδεις διαρροϊκὰς κενώσεις, σπανιότερον αἱματηράς, ὅποτε καὶ ἀποδίδεται τὸ αἷμα εἰς αἱμορροΐδας. Παραπονοῦνται ἐπίσης διὰ διάχυτα ἄλγη ἢ πλέον ἐντετοπισμένα παρὰ τὸν ἀριστερὸν λαγόνιον βόθρον. Οἱ πόνοι οὗτοι δὲν εἶναι συνεχεῖς, διαρκοῦν ὀλίγας ἡμέρας ἢ ἑβδομάδας, ἀποδίδονται δὲ εἰς διάτασιν τοῦ ἐντέρου λόγῳ ἀερίων, τῶν ὁποίων ἡ ἀποβολὴ ἀνακουφίζει τὸν ἄρρωστον. Ἡ ἐξέτασις, πενιχρὰ εἰς εὐρήματα, διαπιστώνει τὸ ἐπώδυνον καὶ σπαστικὸν σιγμοειδές. Μόνον ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις θὰ θέσῃ τὴν διάγνωσιν.

Ἡ θεραπεία τῆς μορφῆς ταύτης εἶναι ἀπλή. Συνίσταται κυρίως εἰς διαιτητικὴν ἀγωγήν, μετ' ἀπαγόρευσιν τῶν χόρτων, ἅτινα ἐγκαταλείπουν ὑπολείμματα (ρίζας, ἴνας δυσπέπτους), δυνάμενα νὰ τραυματίσουν τὰ ἐκκολπώματα. Ἀπαγορεύεται ἐπίσης ἡ χρῆσις καθαρτικῶν.

Εἰς περίπτωσιν δυσκοιλιότητος θὰ χορηγηθῇ ἔλαιον παραφίνης ἢ ὑπονιτρικὸν βισμούθιον εἰς ἡμερησίαν δόσιν 15 — 20 γραμ. (ἐφ' ἅπαξ κάθε πρωτὶ) ἐπὶ εἴκοσιν ἡμέρας κατὰ μῆνα καὶ ἐπὶ ἓν τρίμηνον. Θὰ δοθοῦν ἐπίσης τὰ διάφορα ἀντισπασμωδικά, ὅπως ἀτροπίνη κλπ.

Β' Ἐκκολπωματίτις. Ποικίλα εἶναι τὰ αἷτια, ἅτινα μεταβάλλουν τὴν ἐκκολπωμάτωσιν εἰς ἐκκολπωματίτιδα. Μία φλεγμονὴ ἀρκεῖ, ὥστε ἡ ἀσυμπτωματικὴ αὕτη μορφή, ἀπὸ ἀπλῆς ἀνατομ-

κῆς ἀνωμαλίας, νὰ μετατραπῆ εἰς ὀξεῖαν νόσον, βαρυτάτης προγνώσεως, τόσον ὥστε νὰ παρομοιάζεται πρὸς τὴν ὀξεῖαν σκωληκοειδίτιδα καὶ ν' ἀποκαλῆται ἡ «ἀριστερὰ σκωληκοειδίτις». Ὅλαι αἱ ἐξελίξεις εἶναι δυναταί: ὕπουλος ἐξέλιξις πρὸς τὴν περιτονίτιδα, φλεγμονώδης ψευδο-ὄγκος, συριγγοποίησις πρὸς παρακείμενα ὄργανα κ.ο.κ.

Ἡ φλεγμονὴ αὕτη εὐνοεῖται ἀπὸ ξένα σώματα εὕρισκόμενα ἐντὸς τῶν ἐκκολπώματων, μεταξὺ τῶν ὁποίων, ὡς συχνότερον, σημειοῦμεν τὸν κοπρόλιθον, ὑπεύθυνον γαγγραίνης καὶ διατρήσεως τοῦ ἐκκολπώματος. Ἐκτὸς τούτου ἔχουν ἀνευρεθῆ διάφορα ὅσπ' (χθύων, ἄχυρα, πυρήνες (κουκούτσια) καρπῶν κ.λ.π.

Σημασίαν ἔχουν ἐπίσης οἱ διάφοροι τραυματισμοί, ἐκ τῶν ὁποίων οὐσιώδη εὐθύνην φέρουν τὰ καθαρτικά, ὡς προκαλοῦντα διάτρησιν καὶ ὀξεῖαν περιτονίτιδα. Τὰ αὐτὰ καταστρεπτικά ἀποτελέσματα δύναται νὰ προκαλέσῃ ὁ ὑποκλυσμός καθαρτικότητος, ἀλλὰ καὶ ὁ βαριοῦχος ὑποκλυσμός ἐάν ἐκτελεσθῇ ὑπὸ ἰσχυρὰν πίεσιν καὶ μὲ ἐμφύσησιν μεγάλης ποσότητος ἀέρος.

Ἡ κόπωση, αἱ μετακινήσεις, εὐνοοῦν τὴν φλεγμονὴν καὶ τὴν ἐκδήλωσιν μιᾶς λανθανούσης τοιαύτης. Διάφορα ἐντερικά παράσιτα — ὄξυουροι, τριχοκέφαλοι κ.λ.π. — τραυματίζουν τὸν βλεννογόνον τοῦ ἐκκολπώματος, ὅπως συμβαίνει καὶ μὲ τὴν σκωληκοειδῆ ἀπόφυσιν, ἰδίως μὲ τοὺς ὄξυούρους.

Παθολογικὴ ἀνατομικὴ. Αἱ βλάβαι εἶναι ἀνάλογοι μὲ τὰς τῆς χρονίας σκωληκοειδίτιδος.

Μακροσκοπικῶς θὰ παρατηρήσωμεν ἀριθμὸν τινα ἐκκολπώματων, ἅτινα εἶναι ἐξέρυθρα, διωγκωμένα καὶ ἐν στύσει. Ἐάν ἡ φλεγμονὴ ἐπεκταθῆ καὶ πρὸς τὸ ἐντερικὸν τοίχωμα, θὰ παρουσιάσῃ τοῦτο διήθησιν καὶ πάχυνσιν. Ἐντὸς τοῦ ἐκκολπώματος περιέχονται ὑπολείμματα κοπράνων μεθ' ἐνὸς θολοῦ, ὀρώδους ὑγροῦ. Ἐάν τὸ τρήμα, δι' οὗ τὸ ἐκκόλπωμα ἐπικοινωνεῖ μετὰ τοῦ ἐντερικοῦ αὐλοῦ, ἀποφραχθῆ εἴτε ὑπὸ κοπρόλιθου εἴτε λόγῳ οἰδήματος, ἡ κατάστασις ἀποβαίνει ἐπικίνδυνος λόγῳ τῆς ἐκεῖ μεγάλης ἀναπτύξεως μικροβίων καὶ τῆς πιθανῆς διατρήσεως.

Ἰστολογικῶς παρατηρεῖται φλεγμονώδης καὶ ἀνευ συστηματοποίησης διήθησις, διαμοιραζομένη εἰς τὸ χόριον, τὸν ὑποβλεννογόνιον χιτῶνα, τὰ μεταξὺ τοῦ μυϊκοῦ χιτῶνος διαστήματα μέχρι καὶ τοῦ γειτονικοῦ λιπώδους ἴστου. Ἡ διήθησις ἀποτελεῖται κυρίως ἐκ πολυμορφοπυρήνων.

Ἐάν ἡ ἐπεξεργασία αὕτη περιορισθῆ μόνον εἰς τὰς ἀλλοιώσεις τῆς κοινῆς φλεγμονῆς, ἡ ὀξεῖα κρίσις θὰ παρέλθῃ. Ἐάν ὁμως ἡ φλεγμονὴ ἐπεκταθῆ καὶ πέραν τοῦ ἐκκολπώματος, ἐπέρχεται ἡ διάτρησις.

Ἡ φλεγμονὴ τοῦ ἐκκολπώματος δυνατὸν νὰ ἐπεκταθῆ καὶ πρὸς τὸ μεσόκολον μὲ ἀποτέλεσμα μίαν ἐμπύησιν, ἓνα φλέγμα.

1. ΌΞΕΙΑ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΤΙΣ.

Ἡ εἰσβολὴ εἶναι ἀπότομος, ἐν πλήρει φαινομενικῇ ὑγείᾳ. Συνήθως προηγούνται ὠρισμένα πρόδρομα σημεῖα : δυσκοιλιότης πλέον ἔντονος, ἐπιδεινώσις τῆς ὑφισταμένης κολίτιδος. Μία ἄστοχος ἐνέργεια—λήψις καθαρτικοῦ, ὑποκλυσμός—ἐπισπεύδει τὴν κρίσιν. Αὕτη σχηματικῶς, θά ἐκδηλωθῇ μὲ τὴν συμπτωματικὴν τριάδα :

— Πόνος παρὰ τὸ σιγμοειδές.

— Ἀβληχρὰ σημεῖα λοιμώξεως.

— Ἀριστερὸν κόλον—κατὰ τὴν ψηλάφησιν—ἐν εἴδει ἐλαστικοῦ σωλήνος.

— Ὁ πόνος εἶναι ὀξύτατος, ἄλλοτε πλέον ἥπιος, ὡς ἐπώδυνον βάρος. Ἐδράζεται ἀριστερὰ, ὑπὸ καὶ πρὸς τὰ ἔσω τῆς ἄνω λιακῆς ἀκάνθη.

Ἐνίοτε ἡ ἐντόπισις εἶναι χαμηλότερα, πρὸς τὴν ἐλάσσονα πύελον καὶ μὲ αὐξουσαν ἐντασιν. Ἀντανακλᾶται πρὸς τὰ κάτω, τὴν κόστιν, τοὺς ὄρχεις, ἀκόμη καὶ πρὸς τὸν ἀριστερὸν μηρόν.

— Ἡ θερμοκρασία φθάνει τοὺς 39°C μὲ σχετικὴν λευκοκυτάρωσιν. Παρατηρεῖται ἐπίσης ναυτία, ἐνίοτε ἔμετοι, ἀύπνια, ἴλιγγοι.

— Ἡ ψηλάφησις τοῦ ἀριστεροῦ λαγονίου βόθρου ἀποκαλύπτει ἐντετοπισμένην μυϊκὴν σύσπασιν. Ἡ πίεσις προκαλεῖ ἐντονὸν πόνον. Ψηλαφᾶται δὲ ἐπιμήκης μᾶζα, λεία, ὑπόσκληρος, μὲ ἄνω ὄρια πρὸς τὸ ἀριστερὸν κόλον, ἐνῶ τὰ κάτω ὄρια συγχέονται ἐντὸς τῆς μικρᾶς πυέλου. Ἡ κινητικότης τῆς μάζης ταύτης εἶναι περιωρισμένη.

Ἡ ἐξέτασις τοῦ ἀρρώστου θά συμπληρωθῇ μὲ τὴν δακτυλικὴν καὶ κολπικὴν τοιαύτην. Θ' ἀποκαλυφθῇ οὕτω τὸ διηθημένον καὶ ἐπώδυνον σιγμοειδές.

Ἡ αἰτιολογικὴ διάγνωσις τῆς ὀξείας ταύτης καταστάσεως θά τεθῇ ἀσφαλῶς μόνον διὰ τῆς ἀκτινολογικῆς ἐξετάσεως κατόπιν βαριούχου ὑποκλυσμοῦ. Εἶναι ὅμως πλέον φρόνιμον ἢ ἐξέτασις αὕτη ν' ἀναβληθῇ ἐπὶ τινὰς ἡμέρας καὶ ἀφοῦ παρέλθῃ ἡ κρίσις. Ἀλλὰ καὶ τότε θά γίνῃ μετὰ μεγίστης προσοχῆς καὶ φρονήσεως. Αὕτη θ' ἀποκαλύψῃ τὴν ὑπαρξιν τῶν ἐκκολλωμάτων, τὰς εἰδικὰς εἰκόνας τῆς φλεγμονῆς, ὡς καὶ τὰς τῆς περι-εκκολλωματιτίδος.

Θεραπεία τῆς ὀξείας κρίσεως :

— Ἀκινητοποίησις τοῦ ἀρρώστου.

— Δίαιτα ὑδρική.

— Τοπικῶς: κύστις πάγου.

— Ἀντιλοιμώδης θεραπεία: σουλφαθαλαδίνη (8·10 γρμ. ἡμερησίως), πενικιλίνη: 1.200.000 μονάδες + στρεπτομυκίνη 1 γρμ. κατὰ 24ωρον, ἐπὶ μίαν ἐβδομάδα. Ἐνδείκνυται ἐπίσης ἡ χορήγησις χλωρομυκητίνης.

Ἐξέλιξις. Διὰ τῆς ἀνωτέρω θεραπευτικῆς ἀγωγῆς ἡ ἐξέλιξις εἶναι εὐνοϊκῆ, ἡ δὲ ἴασις ἐπέρχεται ἐντὸς ὀλίγων ἡμερῶν.

Ἄλλοτε πάλιν ἡ κατάστασις ἐπιδεινοῦται. Παρατηρεῖται ἀνόψωσις τῆς θερμοκρασίας, ἐπανεμφάνισις πόνων καὶ ἐμέτων, προσβολὴ τῆς γενικῆς καταστάσεως. Ὁ σιγμοειδικὸς ὄγκος ἐπεκτείνεται, γίνεται διάχυτος καὶ ἐμφανίζεται πλακοῦς, ὅπως καὶ εἰς τὴν ὀξείαν σκωληκοειδίτιδα.

Ἡ συνέχισις τῆς θεραπείας διὰ τῶν βιοθεραπευτικῶν θὰ ἐπιφέρῃ τὴν ἴασιν καὶ τὴν ἐξαφάνισιν τῆς διηθήσεως ἐντὸς δύο ἕως πέντε ἐβδομάδων. Ἡ ἐντερικὴ λειτουργία ἀποκαθίσταται. Ἡ ἐν συνεχείᾳ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις θ' ἀποκαλύψῃ τὰ ἐκκολπώματα.

Ἡ ὀξεία αὕτη κρίσις δυνατὸν νὰ εἶναι ἡ πρώτη καὶ τελευταία, νὰ παραμείνουν δὲ μελλοντικῶς ἀβληχραὶ μόνον ἐντερικαὶ διαταραχαί.

Ἄλλοτε, τούναντιον, ἔχομεν ἐναλλασσομένας περιόδους ἐπιδεινώσεως καὶ βελτιώσεως. Ἐκ τῆς συχνότητος, τῆς σοβαρότητος καὶ τῆς προσβολῆς τῆς γενικῆς καταστάσεως θὰ ἐξαρτηθῇ καὶ ἡ ἐνδείξις τῆς χειρουργικῆς ἢ μὴ ἐπεμβάσεως.

Εἰς ἄλλας περιπτώσεις, ὅπως καὶ ἐπὶ σκωληκοειδίτιδος, ἡ ἐξέλιξις εἶναι ταχυτάτη, ἐντὸς 24 ὥρων, πρὸς τὴν ὀξείαν περιτονίτιδα, λόγῳ διατήσεως τοῦ ἐκκολπώματος.

Ἡ εἰσβολὴ εἶναι αἰφνιδιαστικὴ οὕτως εἶπεῖν, μὲ ὀξύτατον πόνον κατὰ τὸν ἀριστερὸν λαγόνιον βόθρον, τὴν μικρὰν πύελον, ἀναλόγως τῆς θέσεως τοῦ ἐκκολπώματος. Ἡ ἔντασις τοῦ πόνου εἶναι ἀνάλογος μὲ τὴν παρατηρουμένην κατὰ μίαν διάτρησιν γαστρο-12δακτυλικοῦ ἔλκουσ (βλ. Τόμος Α', σ. 136).

Ὁ πόνος οὗτος, ἐκτὸς τῆς χαρακτηριστικῆς ἔδρας του, διαχέεται πρὸς τὸ οὔρο-γεννητικὸν σύστημα, ἐξ οὗ καὶ κυστικὸς τεινεσμός, δυσουρία. Ἡ δακτυλικὴ ἐξέτασις προκαλεῖ ἔντονον πόνον κατὰ τὸν ἀριστερὸν δουγλάσσειον χῶρον.

Λόγῳ τοῦ σηπτικοῦ περιβάλλοντος, ἡ ἐξέλιξις εἶναι ταχυτάτη. Αἱ περιτονίτιδες αὗται ὀφείλονται πολλάκις εἰς γνησίας γαγγραινας τῶν ἐκκολπωμάτων, ὃ δὲ θάνατος δυνατὸν νὰ ἐπέλθῃ ἐντὸς 24 ὥρων.

Ἡ ὄξεια κατάστασις δημιουργεῖ προβλήματα ὄχι μόνον διαγνωστικά, ἀλλὰ κυρίως θεραπευτικά.

Τὸ «περιτοναϊκὸν δρᾶμα», λόγῳ τοῦ σηπτικοῦ περιβάλλοντος, εἶναι ἐκ τῶν πλέον ἐντόνων καὶ χαρακτηριστικῶν μὲ τὴν ἔκδηλον σύσπασιν, τοὺς ἐμέτους, τὴν στάσιν ἀερίων καὶ κοπράνων, τὴν ταχυτάτην ἐπιδεινώσιν ἐντός ὥρων, μὲ τὸν ταχὺν καὶ νηματοειδῆ σφυγμόν, τὸ προσωπεῖον τοῦ βαρέως ἀσθενοῦς κλπ.

Ἐφ' ὅσον ἀγνοοῦμεν τὴν ὕπαρξιν τῶν ἐκκολπωμάτων, ἡ διάγνωσις στρέφεται συνήθως πρὸς τὰ γεννητικὰ ὄργανα (σάλπιγγες, ὠοθήκαι), πρὸς μίαν ἄτυπον σκωληκοειδίτιδα. Ὁρισμένα ὁμως σημεῖα ὑποβοηθοῦν τὴν διάγνωσιν: πόνος κατὰ τὸν ἀριστερὸν λαγόνιον βόθρον, σύσπασις κυρίως κάτω καὶ ἀριστερά, ὅπου καὶ ὁ προκλητὸς πόνος εἶναι ἔντονος. Αἱ διατρήσεις ἄλλων ὀργάνων ἔχουν διάφορον ἔδραν. Ἡ ὄξεια παγκρεατίτις, τὸ ἔμφραγμα τοῦ μεσεντερίου, δὲν συνοδεύονται ὑπὸ τόσον χαρακτηριστικοῦ λοιμώδους συνδρόμου.

Κατὰ τὴν χειρουργικὴν ἐπέμβασιν, ὁπότε καὶ διαπιστοῦται τὸ ἐκκόλπωμα, ἡ ἐξάιρεσις του δὲν συνιστᾶται ἐφ' ὅσον τοῦτο δὲν ἔχει εἰσέτι διατρηθῆ. Τινὲς προτείνουν μολαταῦτα τὴν παρά φύσιν ἔδραν. Εἰς περίπτωσιν διατρήσεως, συνιστᾶται κολεκτομὴ καὶ παροχέτευσις. Ἡ πρόγνωσις εἶναι ἐξαιρετικῶς σοβαρά. Ἐάν ἡ κολεκτομὴ δὲν εἶναι ἐφικτὴ—χαμηλὴ διάτρησις βραχεῖα καὶ καθηλωμένη ἐντερικὴ ἔλιξ—ἀρκοῦνται εἰς τὴν ἀπλὴν παροχέτευσιν καὶ τὴν ἔντονον τοπικὴν θεραπείαν διὰ σουλφοναμιδῶν ὡς καὶ γενικὴν διὰ βιοθεραπευτικῶν.

Κατὰ τὸ στάδιον τοῦ πλακοῦντος καὶ ἐάν παρά τὰ βιοθεραπευτικὰ δὲν ἐπέλθῃ ἡ ἴασις, πολλοὶ προτιμοῦν τὴν διάνοξιν καὶ παροχέτευσιν, ἥτις ὁμως παρουσιάζει τοὺς κινδύνους διασπορᾶς τῆς λοιμώξεως, ἀλλὰ καὶ τῆς ἐμφανίσεως ἐνός δερματο-κολικοῦ συριγγίου. Ὅσον ἀφορᾷ τὴν μελλοντικὴν ἀγωγὴν, αὕτη θὰ ἐξαρτηθῆ ἐκ τῆς κλινικῆς ἐξελιξέως καὶ ἐκ τῶν ἀκτινολογικῶν εὐρημάτων. Πάντως, δευτέρα χειρουργικὴ ἐπέμβασις, ἀκόμη καὶ ὅταν ἔχη ἐκτελεσθῆ μὴ παρά φύσιν ἔδρα, δὲν πρέπει νὰ ἐπιχειρηθῆ πρὸ τῆς παρελεύσεως 6—12 μῆνων.

2. Χρονία ἐκκολπωματίτις.

Ἡ ἐκκολπωματίτις δύναται νὰ ἐξελιχθῆ ἐπὶ μακρὸν χρονικὸν διάστημα, ἄλλοτε μὲν ὑπὸ μορφήν ὑποξειῶν κρίσεων, ἄλλοτε δὲ νὰ ἡρεμῇ.

Οἱ ἄρρωστοι οὗτοι παρουσιάζουν πόνους κατὰ τὸν ἀριστερὸν

λαγόνιον βόθρον, με έλαφράν άνύψωσιν τής θερμοκρασίας, με δυσκοιλίότητα ή διαρροϊκάς κενώσεις περιεχούσας βλέννας, πύον ή και αίμα. Καί εάν μέν διαγνωσθή, διά τής καταλλήλου φαρμακοδισαιτητικής άγωγής ύποχωρεί μέχρι και ίάσεως.

Έάν όμως αί κρίσεις αΰται συνεχισθοϋν κατά συχνά χρονικά διαστήματα, ή νόσος θα καταλήξη εις τήν χρονίαν μορφήν, τήν χαρακτηριζομένην από τήν έξέλιξιν της πρὸς μίαν νέαν κατάστασιν: τήν περισιγμοειδίτιδα. Κατά τήν περίπτωσιν ταύτην οί πόνοι εΐναι συνεχείς, με προσβολήν τής γενικής καταστάσεως, με σημαντικήν άπίσχανσιν. Μετά μίαν τοιαύτην δέ μακράν έξέλιξιν δημιουργείται φλεγμονώδης ὄγκος παρά τόν άριστερόν λαγόνιον βόθρον ή τήν μικράν πύελον, ὅστις και ύποδύεται δύο μορφάς:

— Τὸ ψευδο-νεόπλασμα: ὄγκος σχετικῶς επώδυνος, μάλλον επιμήκης, δυσκίνητος, με ὄρια άσαφή και με χαρακτηριστικόν εϋρημα ὅτι μεταβάλλει σχήμα και μέγεθος από έξέτασεως εις έξέτασιν ή και κατ' αϋτήν τήν έξέτασιν. Ἡ έξέλιξις του εΐναι μακρά, ένίστε ύποχωρεί, υπόκειται όμως και εις ὄλας τας γνωστάς επιπλοκάς του έκκολπώματος.

— Τήν ψευδο-νεοπλασματικήν στένωσιν. Αϋτη προκαλεΐ βραδείαν, προοδευτικήν άπόφραξιν, με προσβολάς τύπου εΐλεου, ὅστις λύεται άμα τή έκδηλώσει διαρροϊκῶν κενώσεων, ὅποτε και βελτιοϋται ή γενική κατάστασις, με τελικήν όμως κατάληξιν τήν τελείαν έντερικήν άπόφραξιν.

Κλινικαί μορφαί. Εΐδομεν τας κυριωτέρας τοιαύτας, ήτοι τήν ὄξειαν και χρονίαν. Σημειώνομεν άπλως τας διαρροϊκάς μορφάς, τας ύποδυομένας μίαν κολίτιδα, τας ύποδυομένας πάθησιν του ούροποιητικοϋ συστήματος, του γεννητικοϋ συστήματος, τας αιμορραγικάς, αίτινες χαρακτηρίζονται από τήν άποβολήν μεγάλων ποσοτήτων αίματος, ὅποτε και έπέρχεται σύγχυσις με τὸ νεόπλασμα κ.ο.κ.

Άναφέρομεν επίσης τας έντοπίσεις επί τῶν άλλων μοιρῶν του παχείος έντέρου, πολυ πλέον σπανίας από τήν συνήθη έντόπισιν εις τὸ σιγμοειδές. Έχομεν οϋτως έκκολπωματίδα του τυφλου, έκλαμβανομένην και χειρουργουμένην ως σκωληκοειδίτιδα, του έγκαρσίου, του κατιόντος και πολυ σπανίως του ὄρθου.

Επιπλοκαί. Οϋσιαστικῶς αί επιπλοκαί του έκκολπώματος του έντέρου άποτελοϋν και τας κλινικάς έκδηλώσεις τούτου,

ἐφ' ὅσον ἄνευ φλεγμονῆς, ἄνευ ἐπιπλοκῆς, εἶναι σιωπηρόν, δὲν εἶναι νόσος, ἀλλὰ ἀνατομικὴ ἀνωμαλία.

Τὰς ἐπιπλοκάς διακρίνομεν εἰς τρεῖς ομάδας :

α) Ἐπιπλοκαὶ λοιμώδους φύσεως. Αὗται περιλαμβάνουν τὰς περιτονίτιδας ἢ τὰς περὶ τὸ σιγμοειδῆς δημιουργηθείσας ἐμπυήσεις. Μὲ αὐτὰς ὁμως ἡσυχολήθημεν περιγράφοντες τὰς κλινικὰς μορφάς.

β) Τὰ συρίγγια. Ταῦτα εἶναι ἄρκετὰ συχνά, ἐφ' ὅσον ὁ Morison ἐπὶ 85 ἐκκολπωματίτιδων ἀνευρίσκει 22 περιπτώσεις. Τὸ συρίγγιον τοῦτο δυνατόν νὰ μὴ εἶναι παρὰ ἡ ἐπικοινωνία δύο ὀργάνων προσκεκολλημένων λόγω συμφύσεων. Δυνατόν ὁμως καὶ νὰ δημιουργηθῆ μέσφ ἐνὸς ἀποστήματος, ὅποτε ἡ πορεία του θά εἶναι μακρὰ καὶ ἀνώμαλος.

— Συρίγγια δερματο-κολικά. Σπάνια καὶ αὐτὸ μάτως ἴωμενα.

— Συρίγγια ἐντερο-κολικά. Ἐὰν τὸ ἀπόστημα διανοιχθῆ ἐντὸς τοῦ κόλου, ἐπέρχεται συνήθως ἡ ἰασις, ὅπως ἐπίσης ἐὰν διανοιχθῆ ἐντὸς τοῦ δουγλασσείου. Τὸ συρίγγιον πραγματοποιεῖται κυρίως μεταξὺ τοῦ κόλου καὶ τοῦ λεπτοῦ ἐντέρου, χαρακτηρίζεται δὲ κλινικῶς ἀπὸ διαρροϊκὸν σύνδρομον, βλέννας, τεινεσμόν, αἴσθημα ψευδοῦς ἀφοδεύσεως μὲ ὄλας τὰς συνεπείας ἐπὶ τῆς γενικῆς καταστάσεως.

— Συρίγγια μεταξὺ κόλπου καὶ κόλου. Εἶναι ἀποτέλεσμα ἀποστήματος τοῦ δουγλασσείου.

— Συρίγγια κυστεο-κολικά. Ἐκ τῶν πλέον συχνῶν ἐπιπλοκῶν. Εἰς μὲν τὸν ἄνδρα δημιουργοῦνται ἐκ τῆς ἐπαφῆς κύστεως καὶ σιγμοειδοῦς καὶ ἐδράζονται ἐπὶ τῆς ἄνω καὶ ὀπισθίας ἐπιφανείας τῆς κύστεως, εἰς δὲ τὴν γυναῖκα εἶναι ἀποτέλεσμα ἐμπυήσεως ὑποπεριτοναϊκῆς καὶ ἐδράζονται κατὰ τὴν χώραν τοῦ τριγώνου.

γ) Ἑτεραι ἐπιπλοκαί.—Αἱ αἱμορραγίαι. Αὗται, θεωρητικῶς τοῦλάχιστον, δικαιολογοῦνται μόνον εἰς περίπτωσιν ἐκκολπωματίτιδος, ὅποτε καὶ ἐξελκοῦται ὁ βλεννογόνος. Μολαταῦτα ἡ αἱμορραγία ἐπέρχεται καὶ εἰς τὴν ἐκκολπωματίτιδιν ὑπὸ μορφῆν ἐρυθροῦ αἵματος ἢ πηγμάτων, ὡς πρῶτον ἀποκαλυπτικὸν σύμπτωμα τῆς νόσου. Ἐνίοτε εἶναι τοιαύτης σοβαρότητος, ὥστε νὰ θέτῃ εἰς κίνδυνον τὴν ζωὴν τοῦ ἀρρώστου.

Ἡ ἐντερορραγία αὕτη δημιουργεῖ διαγνωστικὰ προβλήματα. Ἴνα

δὲ ἀποδοθῆ εἰς μόνην τὴν ὕπαρξιν ἐκκολπωμάτων, θὰ πρέπη, κατόπιν ἐπανειλημμένων ἀκτινολογικῶν ἐξετάσεων καὶ ὀρθοσκοπήσεων, ν' ἀποκλεισθῆ ἡ ὕπαρξις ἢ καὶ ἡ συνύπαρξις κακοήθους ὄγκου ἢ πολύποδος ἢ πολυποδιάσεως, ἢ καὶ αὐτῶν τῶν αἰμορροϊδῶν.

— Αἱ ἐντερικαὶ ἀποφράξεις. Περιγράφοντες τὴν κλινικὴν εἰκόνα, ἀνεφέραμεν τὴν ἐξέλιξιν πρὸς ἀπόφραξιν μιᾶς περισιγμοειδίτιδος, ἐνὸς φλεγμονώδους ὄγκου. Τονίζομεν ἐνταῦθα τὴν σχετικὴν συχνότητα τοῦ τελείου εἰλεοῦ, ἣτις ἀναβιβάζεται ὑπὸ τοῦ Pemberton εἰς 39%.

Ὁ μηχανισμὸς εἶναι ποικίλος. Λόγω πολλαπλῶν συμφύσεων προκαλεῖται ἀπόφραξις τοῦ λεπτοῦ ἐντέρου, μὲ φαινόμενα παραλυτικοῦ εἰλεοῦ. Ἐάν ἡ ἀπόφραξις ἐπέλθῃ «ἐν ψυχρῷ», δυνατὸν νὰ ὀφείλεται εἰς συμφυτικὴν ταινίαν (bride) ἢ εἰς κάμψεις, ὑπολείμματα ἀποδραμουσῶν φλεγμονῶν. Δυνατὸν ἐπίσης νὰ προκληθῆ ἀπὸ ἐλάττωσιν τοῦ σιγμοειδικοῦ αὐλοῦ ἐκ σκληρο-λιπωματώδους ὄγκου, μὲ κλινικὴν εἰκόνα τὴν τοῦ εἰλεοῦ τοῦ παχέος ἐντέρου. Φυσικά, ἐάν ἀποκλεισθοῦν ὅλα τ' ἀνωτέρω αἴτια, θὰ σκεφθῶμεν τὸν καρκίνον τοῦ σιγμοειδοῦς.

— Ἐκκολπωματίτις καὶ καρκίνος. Ἡ κλινικὴ εἰκὼν τῶν δύο τούτων παθήσεων, ὠρισμένα κοινὰ συμπτώματα, ἢ ψηλάφησις ὄγκου, θέτουν πάντοτε τὸ πρόβλημα τῆς διαφορικῆς διαγνώσεως, ἀλλὰ καὶ τῶν αἰτιολογικῶν σχέσεων μεταξύ τῶν.

Ἡ διαφορικὴ διάγνωσις θὰ γίνῃ χάρις εἰς τὴν ἀκτινολογικὴν ἐξέτασιν καὶ τὴν ὀρθοσκόπησιν. Εἰς περίπτωσιν ἀμφιβολιῶν, οὐδεὶς δισταγμὸς ἐπιτρέπεται. Ἐπιβάλλεται ἡ ἄμεσος χειρουργικὴ ἐπέμβασις, κατὰ τὴν ὅποιαν θὰ γίνῃ καὶ ἡ ταχεῖα βιοψία.

Ὅσον ἀφορᾷ τὰς αἰτιολογικὰς σχέσεις, αὗται δὲν ἔχουν καθορισθῆ. Δὲν ἔχομεν δὲ ἀποδείξεις, ὅτι ἐπὶ τοῦ ἐκκολπώματος καὶ λόγῳ τούτου ἀνεφάνῃ ὁ καρκίνος. Ὑπόθεσις, βεβαιότης οὐδεμία. Δὲν ἀποκλείεται, λαμβανομένης ὑπ' ὄψιν τῆς συχνότητος τῶν δύο τούτων νόσων ἐπὶ τοῦ σιγμοειδοῦς, νὰ πρόκειται περὶ ἀπλῆς συμπτώσεως, περὶ συνυπάρξεως. Τὸ γεγονὸς εἶναι ὅτι συνυπάρχουν καὶ μάλιστα αἰς ποσοστὸν ἀναβιβαζόμενον ὑπὸ τοῦ Pemberton εἰς 25%.

Ἡμεῖς ἔσχομεν δύο τοιαύτας περιπτώσεις. Ἡ πρώτη ἀφῆρα ἄτομον νέον τὴν ἡλικίαν, προσελθὸν ἐν τῇ Β' Παθολογικῇ Κλινικῇ τοῦ Πανεπιστημίου, αἰτιώμενον διὰ δυσεντερικὸν σύνδρομον μετ' ἐντερορραγιῶν. Ἡ ὀρθοσκόπησις ἀπέβη ἀρνητικὴ διὰ καρκίνον. Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις ἀπέδειξε τὴν ὕπαρξιν πολλαπλῶν ἐκκολπωμάτων ἐν φλεγμονῇ κατὰ μῆκος τοῦ σιγμοειδοῦς. Λόγῳ τῶν συνε-

χιζομένων αίμορραγιών συνεστήσαμεν τὴν χειρουργικὴν ἐπέμβασιν. Ὁ χειρουργός, εἰς τὸν ὁποῖον προσέφυγεν, ἐξήτασεν ἐκ νέου ἀκτινολογικῶς τὸν ἄρρωστον, δὲν διεπίστωσε τὰ ἐκκολπώματα καὶ ἀπέπεμψε τὸν ἄσθενῆ. Μετὰ ἕξι μῆνας ἐπανῆλθε διὰ τὰ αὐτὰ φαινόμενα, νέα παραπομπή, νέα ἀποπομπή. Μετὰ ἕν ἔτος προσέρχεται ἐκ νέου, ἀλλὰ τὴν φορὰν ταύτην μὲ ἐκτεταμένον καρκίνον τοῦ σιγμοειδοῦς, διὰ τὸν ὁποῖον ἐγένετο ἀπλῆ παρά φύσιν ἔδρα.



Εἰκὼν 25. Ἐκκολπώματις παχέος ἐντέρου, συμπεριλαμβανομένου καὶ τοῦ τυφλοῦ, ἐπὶ τοῦ ὁποῖου ἀνεπτύχθη συγχρόνως κακότης ὄγκος. Εἰκὼν ἐλλείμματος μετὰ τοῦ χαρακτηριστικοῦ string sign. (Ἰδία περίπτωσις. Βλ. κείμενον).

Ἡ δευτέρα περίπτωσις μας ἀφεώρα συνάδελφον ἡλικίας 70 ἐτῶν, ὅστις μᾶς συνεβουλευθῆ διὰ κολιτικὴν συνδρομὴν καὶ ἀπίσχνανσιν. Κατὰ τὴν ψηλάφησιν ἀνεύρομεν ὄγκον παρά τὸν δεξιὸν λαγόνιον βόθρον. Ἡ ἀκτινογραφία (εἰκ. 25) δεικνύει τὴν ὕπαρξιν μεγάλου ἐλλείμματος τοῦ δεξιοῦ κόλου ὡς καὶ τὴν ὕπαρξιν ἐκκολπωμάτων. Ἡ γενομένη χειρουργικὴ ἐπέμβασις ἐπεβεβαίωσε τὰ ἀκτινολογικὰ εὐρήματα.

ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ

Ἡ κλινικὴ εἰκὼν, εἰς περίπτωσιν ἐκκολπωματίτιδος, κατευθύνει ἐνίοτε πρὸς τὴν πιθανὴν διάγνωσιν. Ἡ διαπίστωσις ἐνὸς ὄγκου κατὰ τὴν ἐξέτασιν προβάλλει τὴν τοῦ καρκίνου.

Ἡ ὀρθοσκοπῆσις δὲν προσφέρει σημαντικὴν βοήθειαν. Ἐνίοτε παρατηρεῖται εἰς τὸ σιγμοειδὲς ἢ ὕπαρξις ἐνὸς τρήματος, τὸ ὁποῖον ἀποφράσσεται ὑπὸ κοπράνων. Τὰ τρήματα ταῦτα περιβάλλονται καὶ χωρίζονται ὑπὸ πτυχῶν τοῦ βλεννογόνου, αἵτινες δὲν ὑποχωροῦν μετὰ τὴν προώθησιν τοῦ ὀρθοσκοπίου. Μολαταῦτα, ἢ



Εἰκὼν 26. Πολλαπλὰ ἐκκολπώματα κατὰ μῆκος ὀλοκλήρου τοῦ παχέος ἐντέρου (ἰδία περίπτωσης).

ἐξέτασις αὐτὴ θὰ χρησιμεύσῃ κυρίως εἰς τὸ ν' ἀποκλείσῃ ἢ νὰ ἐπιβεβαιώσῃ τὴν ὕπαρξιν ἐνὸς ὄγκου.

Ἡ ἀκτινολογικὴ ἐξέτασις θὰ θέσῃ τὴν διάγνωσιν. Κατόπιν βαριούχου ὑποκλυσμοῦ καὶ μετὰ τὴν ἀποβολὴν τούτου καὶ ἐν συνεχείᾳ ἐμφυσήσεως ἀέρος, θὰ ληφθοῦν ἀκτινογραφίαι εἰς διάφορους θέσεις καὶ προβολάς.

Τὸ ἐκκόλπωμα θὰ ἐμφανισθῇ εἰς πλαγίαν θέσιν ἐξαρτώμενον ἐκ τοῦ ἐντερικοῦ αὐλοῦ: Σχῆμα ὁμοιογενοῦς κηλίδος, παρα-εντερικῆς καὶ συνδεομένης μετὰ τούτου διὰ μίσχου εὐρέος ἢ μῆ, ἄλλοτε ὄρατοῦ καὶ ἄλλοτε ὄχι. Ὅσάκις δὲν διακρίνεται ὁ μίσχος, τὸ ἐκκόλ-

πωμα έμφανίζεται ως μικρά σφαίρα, ανεξάρτητος, παρα - εντερική. Έάν ό μίσχος δέν είναι εύρύς, έχομεν εικόνα έν είδει καρφίδος ή έν είδει καρφίου με μεγάλην κεφαλήν ή μανιταριου ή σφαίρας. Με εύρυν μίσχον δίδει ένίστε τήν εικόνα άμισχου έκκολπώματος, διότι συγγέεται μετά τούτου και προσλαμβάνει τό σχήμα έμβόλου. Έάν ό μίσχος είναι εύρύτερος τής κορυφής του έκκολπώματος, τούτο προσλαμβάνει σχήμα τριγώνου με βάσιν έντερικήν. "Όταν τό έκκόλ-



Εικόνα 27. Έκκολπώματα διαφόρου μεγέθους και σχήματος κατά μήκος του άριστερου κόλου. Άκτινογραφία έν πληρώσει (ίδια περίπτωσης).

πωμα είναι εύρύτερον, έχομεν τό σχήμα έν είδει πλήκτρου τυμπάνου ή σχήμα κράμβης.

Τό μέγεθος του ποικίλλει από κόκκου σίτου μέχρι πίσου, φασιόλου, κερασίου. Τά μεγάλα και άνώμαλα έκκολπώματα είναι ύποπτα, ως έρμηνεύοντα άπόστημα ή και καρκίνον.

Τὰ ἐκκόλπωμα ἔχουν ὄρια ὁμαλά, εἶναι δὲ χροιάς ὁμοιογενοῦς. Ἐνίοτε εἶναι ἀνοικτῆς τοιαύτης, ὡς κύκλος μὲ σκιερὰν παρυφήν.

Κατὰ μέτωπον τὸ ἐκκόλπωμα προβάλλει ἐντὸς τοῦ ἐντέρου, πεπληρωμένου ὑπὸ τοῦ βαριούχου πόλτου, ὁπότε ἐάν εἶναι



Εἰκὼν 28. Ἡ αὐτὴ περίπτωση. Ἀκτινογραφία κατόπιν κενώσεως καὶ ἐμφύσεως ἀέρος. Τὰ ἐκκόλπωμα διακρίνονται, μέσῳ τοῦ ἐντέρου, ὡς στρογγύλαι κηλίδες, ποικίλης χροιάς.

βαθυτέρας ἀποχρώσεως διαφαίνεται καὶ διαγιγνώσκεται. Μετὰ τὴν ἐκκένωσιν καὶ ἐμφύσησιν ἀέρος τὸ ἐκκόλπωμα παραμένει σκιερὸν καὶ προβάλλει ἐπὶ τοῦ ἀνοικτῆς χροιάς κόλου, ὁπότε ἔχομεν μίαν κεντρικὴν κηλίδα, ἣτις θὰ πρέπη νὰ διαχωρισθῇ τῶν σκυβάλων. Θὰ ἀποκλείσωμεν ἐπίσης κηλίδας ὀφειλομένας εἰς ἐνέσεις λιπιδόλης, βισμούθιου, κίνινης, εἰς ἀποτιτανωμένα γάγγλια κλπ. (βλ. εἰκ. 28).

Ἡ ἐκκολπωματίτις ἔχει ἰδίαν ἀκτινολογικὴν εἰκόνα. Τὰ ἐκκολπώματα δὲν πληροῦνται καλῶς, εἶναι ἀνώμαλα, παραμορφωμένα, ἄνευ σαφῶν ὁρίων. Τὸ σιγμοειδὲς παρουσιάζει σπασμούς, ἀνωμάλους ἐντομάς, ὑπερκινητικότητα, μὲ προβολὴν μικρῶν αἰχμῶν. Ἐχομεν οὕτω τὸ σχῆμα σώματος κεντρικῆς θερμάνσεως (radio-*diateur*).

Δυσχέρεια προκύπτουν ὡσάκις τὸ προσβληθὲν ἐντερικὸν τμήμα παρουσιάζει στένωσιν. Ἡ ἐκκολπωματίτις προσβάλλει συνήθως μεγαλυτέραν εἰς μῆκος ἕκτασιν, ἀπὸ οἷαν ὁ καρκίνος. Καὶ ἐνῶ μεταξὺ καρκίνου καὶ ὑγιῶν μοιρῶν τοῦ ἐντέρου διαφαίνονται σαφῆ τὰ ὅρια μὲ τὸ string sign εἰς τὸ κέντρον (γραμμοειδὴς στένωσις), εἰς τὴν ἐκκολπωματίτιδα τὰ ὅρια δὲν διακόπτονται ἀποτόμως καὶ μὲ διάτασιν ὕπερθεν, ὅπως εἰς τὸν καρκίνον, ἀλλὰ καταλήγουν ἀτρακτοειδῶς ἐντὸς τοῦ ὑπολοίπου ἐντέρου. Ἡ ἐπὶ πλέον διαπίστωσις ἐκκολπωμάτων, παρά τὴν μοῖραν ταύτην, συνηγορεῖ ὑπὲρ τῆς ἐκκολπωματίτιδος.

ΑΙ ΝΕΩΤΕΡΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΕΠΙ ΤΗΣ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑΣ, ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑ- ΠΕΙΑΣ ΤΗΣ "ΚΙΡΡΩΣΕΩΣ,, ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Ἐπὶ τὸν ὄρον «κίρρωσις» τοῦ ἥπατος ἐννοοῦμεν τὴν ἀνατομικὴν ἐκείνην ἐπεξεργασίαν, ἣτις χαρακτηρίζεται ἀπὸ σκληρυντικὴν χρονίαν ἥπατίτιδα μετὰ διαταραχῆς τῆς ἀρχιτεκτονικῆς τοῦ ἥπατος.

Ἡ κίρρωσις τοῦ ἥπατος δὲν εἶναι μία νόσος, μιᾶς αἰτιολογίας καὶ μὲ κοινὴν συμπτωματολογίαν, οὔτε ὅμως καὶ σύνδρομον ἀνατομο-λειτουργικόν. Ἡ ἐπεξεργασία αὕτη, ἂν καὶ κοινὴ, δὲν εἶναι καὶ ἡ ὑποχρεωτικὴ κατάληξις κάθε χρονίας ἥπατίτιδος. Ἐπέρχεται κατὰ τὴν χρονίαν ἐξέλιξιν ποικίλων διαχύτων παρεγχυματικῶν ἥπατίτιδων εἴτε πρωτοπαθῶν εἴτε δευτεροπαθῶν ἢ καὶ τοῦ συνδυσμοῦ τούτων. Οἰαδήποτε ὅμως καὶ ἂν εἶναι ἡ αἰτιολογία, ἡ κίρρωτικὴ ἐπεξεργασία εἶναι ἡ αὐτὴ (N. Fiessinger). Ἀπὸ νοσολογικῆς, ἐπομένως, ἀπόψεως δὲν ὑπάρχει παρὰ μία κίρρωσις ἢ μᾶλλον μία κίρρωτικὴ ἐπεξεργασία.

Παθογένεια. Μόνον μία διάχυτος φλεγμονὴ τοῦ ἥπατος, προσβάλλουσα ἅπαντα τὰ ἐπιθηλιακὰ στοιχεῖα καὶ τὸν συνεκτικὸν ἰστόν τῶν λοβίων, δύναται νὰ ἐξελιχθῆ πρὸς τὴν κίρρωσιν, ἣτις ἐμφανίζεται οὕτως ὡς τὸ τελικὸν στάδιον πολλαπλῶν προσβολῶν διαχύτου παρεγχυματικῆς ἥπατίτιδος.

Παράγων τις, ἱκανὸς πρὸς τοῦτο, καταστρέφει τὰ ἥπατικά κύτταρα. Ἡ βλάβη αὕτη — ἢ νέκρωσις — καὶ ἡ ἀναγέννησις συνδυάζονται μετὰ φλεγμονώδους ἐπεξεργασίας τῶν περιπυλαίων χώρων.

Εἰς τὰ ὅλως ἀρχικὰ στάδια ἢ μικρᾶς διάρκειας καὶ ἐντάσεως καταστροφῆς ἀφορᾷ μικρὸν μόνον ἀριθμὸν λοβίων. Ἡ ἀνάπλασις νέων κυττάρων ἀντικαθιστᾷ πλήρως τὰ κενά, ὥστε ἡ ἐν συνεχείᾳ ἐξέτασις νὰ μὴ ἀποκαλύπτῃ ἀλλοιώσεις τῶν λοβίων. Τοῦτο, φυσικᾶ, προϋποθέτει τὴν παραμονὴν ἀριθμοῦ τινος ἀκεραίων ἥπατικῶν κυτ-

τάρων ὡς καὶ τῶν τοῦ Kyrffer, ἵνα λάβῃ χώραν μία τοιαύτη ἔνδο-
λοβιδώδης ἀναγέννησις.

Κατόπιν ὁμως ἐπανειλημμένων προσβολῶν ἢ εἰς περίπτωσιν ἐκτεταμένης βλάβης, παρατηρεῖται ὑπερπλασία τῶν ὑγιῶν κυττάρων καὶ ἀναγέννησις νέων νησίδων ἡπατικῶν τοιούτων. Μὲ τὴν ἀνάπτυξιν τῶν νέων αὐτῶν κυττάρων παρατηρεῖται συγχρόνως καὶ τοιαύτη συνδετικοῦ ἱστοῦ, λόγῳ φλεγμονώδους ἀντιδράσεως, ἀλλὰ καὶ ὡς ἀπαραίτητος διὰ τὴν στήριξιν τῶν κυττάρων τούτων.

Αἱ νέαι αὗται ἡπατικά νησίδες εἶναι εὐπαθεῖς, ὡς στεροῦμεναι φυσιολογικῆς ἀρδεύσεως καὶ φυσιολογικῶν χολικῶν ἀγγείων. Ὡς ἐκ τούτου, μετὰ κάθε νέαν προσβολὴν καταστρέφονται καὶ παραμένει μόνον ὁ συνδετικὸς ἱστός. Παραλλήλως λαμβάνει χώραν νέα ἀναγέννησις καὶ νέα ἀνάπτυξις τοιούτου.

Ὅταν τὰ ἡπατικά κύτταρα ὑποστοῦν ἐκφύλισιν, οἱ ἡπατικοὶ κόλποι καὶ τὸ ἰνώδες δίκτυον τοῦ λοβίου συγκλίνουν πρὸς ἑαυτά. Μὲ τὴν ἀναγέννησιν δὲ τῶν νέων κυττάρων, κόλποι καὶ ἰνώδες δίκτυον ἀπωθοῦνται πρὸς τὴν περιφέρειαν. Οὕτως ἡ κεντρικὴ φλέψ, εἰς ἣν ἐκβάλλουν οἱ κόλποι, ἀπωθεῖται καὶ αὕτη πρὸς τὸν περιλοβιδώδη συνδετικὸν ἱστόν, μὲ τελικὸν ἀποτέλεσμα—λόγῳ τῶν πολλαπλῶν ἐπεισοδίων—τὴν πλήρη σύγκλεισιν τῶν κόλπων, τὴν πύκνωσιν τοῦ δικτύου καὶ τὴν ἀπώθησιν τῆς κεντρικῆς φλεβὸς πρὸς τὴν περιφέρειαν, ἣτις καὶ περιβάλλει τὰ ἀναγεννώμενα κύτταρα. Καίτοι οἱ πλείστοι τῶν κόλπων ἀποφράσσονται, πιστεύεται ὅτι μερικὰ τούτων παραμένουν ἀνοικτοὶ καὶ μέσῳ τούτων διέρχεται τὸ αἷμα τῆς πυλαίας, ἵνα ἐκβάλλῃ ἐντὸς τῆς κεντρικῆς φλεβὸς, χωρὶς νὰ ἔρχεται εἰς ἐπαφὴν μετὰ τῶν ἡπατικῶν κυττάρων. Ἐχομεν οὕτως ἓν εἶδος φυσιολογικῆς ἔνδοηπατικῆς ἀναστομώσεως πυλαίας καὶ κάτω κοίλης φλεβὸς (Kelly).

Δυνάμεθα ἐπομένως νὰ εἴπωμεν, ὅτι αἱ πολλαπλαῖ προσβολαὶ τοῦ ἥπατος προκαλοῦν δύο ταυτοχρόνως διαταραχὰς ἢ ἀνωμαλίας:

α) Αἱ πολλαπλαῖ καὶ διάχυτοι ἔνδοπαρεγχυματικά ἐκφύλισεις ἀντικαθίστανται προοδευτικῶς ὑπὸ σκληρυντικῶν οὐλῶν, συνδεμένων μετὰ τῶν, σχηματίζουσῶν ταινίας αἵτινες διατρέχουν τὸ ἥπαρ ἄνευ οὐδεμιᾶς συστηματοποιήσεως.

β) Τὰ ἀνέπαφα κύτταρα παρουσιάζουν ὑπερπλασίαν καὶ πολλαπλασιάζονται εἰς διάφορα σημεῖα ἀπομεμονωμένα τὸ ἓν τοῦ ἄλλου, συνήθως παραπυλαίως, ὅπου καὶ σχηματίζουν στρογγύλα ὄξιδια. Ὅταν συνενωθοῦν αἱ οὐλαί, περιβάλλουν τὰ ὑπερπλαστικά καὶ ἐξ ἀντιδράσεως ὄξιδια ταῦτα καὶ λαμβάνουν οὕτω τὸ χαρακτηριστικὸν δακτυλιοειδὲς σχῆμα.

Δημιουργείται οὕτω τὸ κίρρωτικὸν ἥπαρ, ὄργανον νέον, τοῦ ὁποίου ἡ ἀρχιτεκτονικὴ κατασκευὴ, ἀλλὰ καὶ ἡ λειτουργία, ἐλάχιστα ὑπενθυμίζουσι τὸ φυσιολογικὸν τοιοῦτον. Εἰς τὸ ἱστολογικὸν παρασκευάσμα συχνότατα αἱ κεντρικαὶ φλέβες τῶν λοβίων δὲν ἀνευρίσκονται, διότι ἔχουσι ἐξαφανισθῆ ἐντὸς τῶν ἀρχικῶν νεκρώσεων τούτων καὶ ἔχουσι ἀντικατασταθῆ ὑπὸ τῆς μεταγενεστέρως σχηματισθείσης οὐλῆς. Ἡ δὲ σκλήρυνσις συνθλίβει τὰ στοιχεῖα τ' ἀποτελοῦντα τὸ πυλαῖον διάστημα.

Ὁ οὐλώδης οὗτος ἱστός ἀρδεύεται ὑπὸ τῆς ἥπατικῆς ἀρτηρίας. Ὁ οὕτως ἀρδεύμενος χώρος ἐπεκτείνεται εἰς βάρος τῆς πυλαίας. Ἄπασαι αἱ ἀλλοιώσεις αὗται θὰ προκαλέσουν λειτουργικὰς διαταραχάς, αἵτινες θὰ ἐκδηλωθοῦν ὑπὸ μορφήν ὑπερτάσεως τῆς πυλαίας, ἀλλὰ καὶ ἥπατικῶν, ὑπὸ μορφήν ἀνεπαρκείας. Ἡ στάσις τοῦ αἵματος ἐντὸς τῆς πυλαίας καὶ ἡ αὐξήσις τῆς πιέσεως θὰ δημιουργήσουν καὶ τὴν παράπλευρον κυκλοφορίαν.

Αἰτιολογία καὶ ταξινόμησις τῶν κίρρώσεων. Ἐνιαίας παθογενείας, ἡ κίρρωσις τοῦ ἥπατος ὀφείλεται εἰς ποικίλους αἰτιολογικοὺς παράγοντας, τοξικοῦς, λοιμώδεις κ. ἄ.

Διὰ τὴν δημιουργίαν τῆς κίρρώσεως πολὺ μικροτέραν σημασίαν ἔχει ἡ φύσις τοῦ παθογόνου παράγοντος ἢ ὁ τρόπος προσβολῆς τοῦ ἥπατος. Τὸ αὐτὸ αἷτιον, τὸ ὁποῖον προκαλεῖ ἥπατίτιδα, ἥτοι νέκρωσιν καὶ ἀναγέννησιν τῶν ἥπατικῶν κυττάρων ἄνευ ὁμως ἀναπτύξεως συνδεδειμένου ἱστοῦ, ὑπὸ ἄλλους ὄρους προκαλεῖ κίρρωσιν. Οὕτω κάθε παθογόνιον αἷτιον, ἀναλόγως τῆς μικρᾶς ἢ μεγάλης ἐντάσεώς του καὶ τῆς ἐπαναλήψεως, δημιουργεῖ ὅλα τὰ στάδια μιᾶς διαχύτου ἥπατίτιδος: Τὴν διάχυτον καὶ ἰάσιμον παρεγχυματικὴν ἥπατίτιδα τοῦ καλοῦθους ἰκτέρου· τὴν ἐκφυλιστικὴν ἥπατίτιδα ἢ ὀξειαν κίρρωσιν ἀτροφίαν τοῦ βαρέος ἰκτέρου· τὴν κίρρωσιν.

Γενικῶς, ὁ κύριος παράγων διὰ τὴν δημιουργίαν μιᾶς κίρρώσεως εἰς τὸν ἄνθρωπον, ἀλλὰ καὶ πειραματικῶς εἰς τὰ ζῷα, εἶτε πρόκειται περὶ λοιμώξεως εἶτε περὶ τοξικοῦ αἰτίου, εἶναι αἱ μικραὶ αἱ συχναί, αἱ ἐπὶ μακρὸν χρόνον λαμβανόμεναι προσβολαὶ ἢ ὀσσεις. Κλασσικὸν τοῦτου παράδειγμα ἔχομεν τὸν ἀλκοολισμόν.

Κατὰ τὰ τελευταῖα ἔτη, διὰ τῆς «παρακεντήσεως—βιοψίας» τοῦ ἥπατος κατέστη δυνατὴ ἡ διαπίστωσις τῶν ἥπατικῶν βλαβῶν κατὰ τὸ ἀρχικὸν στάδιον καὶ ἡ ἐν συνεχείᾳ ἐξέλιξις των.

Ἐπὶ πλέον, ἡ μελέτη τοῦ μεταβολισμοῦ τῶν λιπῶν, ἡ ἀποκάλυψις κίρρώσεων κατόπιν ἥπατοπαθείας, ἐπέτρεψαν τὴν ἀντικατάστα-

σιν τῶν κλασσικῶν ταξινομήσεων τῶν κίρρώσεων—κλινικῶν καὶ ἀνατομικῶν—ὑπὸ ἄλλων, βασιζομένων ἐπὶ παθογονικῶν πλέον κριτηρίων.

Οὕτως ὁ Γάλλος M. Girard μετὰ τῶν συνεργατῶν του, ἀφοῦ κατ' ἀρχὴν ὑπενθυμίζη, ὅτι ἡ κίρρωσις εἶναι «ἡ ἀντικατάστασις τῶν εὐγενῶν κυττάρων τοῦ ἥπατος ὑπὸ ἰνώδους ἱστοῦ», φρονεῖ ὅτι ἡ ἐπεξεργασία ἀντιπροσωπεύει καὶ τὸν δεύτερον χρόνον τῆς ἥπατικῆς προσβολῆς, φαινόμενον οὐλώδους σκληρόνσεως, μὴ εἰδικόν, ἐκδηλούμενον ἐπὶ ἑνὸς ἱστοῦ ἤδη προσβεβλημένου.

Κατὰ τὰς κλασσικὰς ἀντιλήψεις, ἡ ταξινόμησις τῶν αἰτιολογικῶν παραγόντων μιᾶς κίρρώσεως ἔχει περίπου οὕτω :

1. Τοξικοὶ παράγοντες:

- Οἰνόπνευμα.
- Διάφορα βάρεια μέταλλα.
- Τετραχλωράνθραξ.
- Τροφικαὶ δηλητηριάσεις.
- Φαρμακευτικαὶ δηλητηριάσεις.

2. Λοιμώδεις παράγοντες:

- Λοιμώδης ἥπατιτις.
- Μικροβιακαὶ λοιμώξεις.
- Παρασιτικά λοιμώξεις.

3. Στερητικὸι παράγοντες:

- Ὑποπρωτεΐναιμία.
- Ὑποβιταμίνωσις.

4. Ἐνδοκρινικὰ αἴτια:

- Ὑπερλειτουργία θυρεοειδοῦς.
- Παγκρεατικὸς διαβήτης.

5. Μηχανικὰ αἴτια:

- Καρδιακὴ κίρρωσις.
- Χολικὴ κίρρωσις.

6. Συγγενεῖς ἀνωμαλίαι:

- Σύνδρομον Cruveilhier — Baumgarten.
- Συγγενὴς πυλαία φλεβοσκληρωσία.
- Ἄτρησία χοληδόχου πόρου.

7. Ἀκαθόριστα αἴτια:

- Σύνδρομον Banti.
- Αἰμοχρωμάτωσις.
- Νόσος τοῦ Wilson (ἥπατο - φακοειδῆς ἐκφύλισις).

8. Πειραματική κίρρωση.

— Τοξική.

— Στερητική.

*
* *

Τὸ προέχον σημεῖον τῶν ἀρχικῶν διαταραχῶν τῶν ἥπατικῶν κυτάρων εἶναι ὁ προσδιορισμὸς τοῦ αἰτίου καὶ τοῦ μηχανισμοῦ αὐτῶν. Τὰ δι' ὠρισμένων τοξικῶν κίρρωσεογόνων οὐσιῶν γενόμενα πειράματα εἰς ζῷα ἀπέδειξαν, ὅτι πάσης διαχύτου ἐπεξεργασίας τοῦ ἥπατικοῦ λοβίου προηγεῖται μία μοναδικὴ περιτυλαία προσβολή. Καὶ τοῦτο, διότι τὰ παρεγχυματικὰ κύτταρα ἐργάζονται τόσον περισσότερο ὅσον πλησιέστερον κεῖνται πρὸς τὴν περιφέρειαν τοῦ λοβίου. Ἐάν, σπανίως, διαπιστῶνῃ τις κλινικῶς ἓνα τοξικὸν ἴκτερον δημιουργὸν κίρρώσεως—δεδομένου ὅτι εἰς τὸν ἄνθρωπον αἱ δηλητηριάσεις ὑποδύονται μορφήν ἠπίας, ἰάσιμον ἢ βαρεῖαν καὶ ταχέως θανατηφόρον—ἀνευρίσκομεν μολαταῦτα πολλὰς παθήσεις, αἵτινες δημιουργοῦν κίρρώσεις καὶ αἵτινες χαρακτηρίζονται ἐν τῇ ἀρχῇ ὑπὸ ἐνὸς περιλοβιακοῦ σταδίου. Πρόκειται περὶ τῆς πρώτης κατηγορίας κίρρώσεων, τῆς περιλαμβανοῦσης τὰς κίρρωσεις λόγω λιπώδους ἐκφυλίσεως καὶ τὰς ἐξ ἰοῦ.

Ἡ λιπώδης ἐκφυλίσις τοῦ ἥπατος, φαινόμενον λίαν συχνόν, εἶναι ἀποτέλεσμα διαφόρων διαταραχῶν ἐκ θρέψεως εἰς βάρος τῶν πρωτεϊνῶν: Ὑπερλιπαιμία, ὑπεργλυχαιμία, ὑποπρωτεϊναιμία, ἔλλειψις μεθιονίνης - χολίνης, διάφοροι ἐνδοκρινικαὶ διαταραχαί.

Ἡ κατάστασις αὕτη δυνατόν νὰ ὀφείλεται εἰς ποσοτικὴν καὶ ποιοτικὴν ἔλλειψιν πρωτεϊνῶν. Ἀρχικῶς ἐμελετήθη ἐπὶ διαφόρων τροπικῶν νοσημάτων, στερητικῆς αἰτιολογίας. Πράγματι εἰς τὰς χώρας αὐτάς, λόγω οἰκονομικῶν λόγων, τὸ σιτηρέσιον εἶναι πτωχόν εἰς λεύκωμα, αἱ δὲ θερμίδες ἐξασφαλίζονται διὰ τῆς μεγάλης χρήσεως ὕδατανθράκων. Ἐξ οὗ καὶ ἡ ἀνάπτυξις κίρρώσεως στερητικῆς αἰτιολογίας (Kwashiorkor syndrome), ἣτις ἄρχεται ἀπὸ τῆς ἡλικίας τῶν 6 ἕως 18 μηνῶν.

Κατὰ τὸν τελευταῖον πόλεμον ἡ κατάστασις αὕτη παρατηρήθη λίαν συχνά εἰς τοὺς ὑποσιτιζομένους αἰχμαλώτους. Παρατηρήθη ἐπίσης εἰς παιδιά, μετὰ τὴν διακοπὴν τοῦ θηλασμοῦ, ὅποτε δὲν ἔχει εἰσέτι πλήρως ἰσορροπηθῆ ἢ κατάλληλος δῖαιτα. Ἐπίσης παρατηρήθη εἰς τὸ πολύπλοκον στερητικὸν σύνδρομον, τὸ ἐκδηλούμενον εἰς ἔχοντας ὑποστῆ γαστρεκτομήν.

Γενικῶς, μία παρατεταμένη ἐπίδρασις τοξικῶν παραγόντων ἢ

διαιτητικά στερήσεις δημιουργούν λιπώδη διήθησιν τοῦ ἥπατος καὶ δύνανται νὰ ὀδηγήσουν εἰς ὑπερβολικὴν παραγωγὴν ἰνώδους συνεκτικοῦ ἰστοῦ. Σχετίζεται δὲ ἡ διήθησις αὕτη, ὅπως εἶπομεν, μὲ διαίταν, κατὰ τὴν ὁποίαν τὸ λεύκωμα εἶναι ποσοτικῶς ἡλαττωμένον, ἀλλὰ καὶ ποιοτικῶς πτωχόν.

Μορφαὶ τινες πειραματικῆς κίρρωσεως ἀποδίδονται εἰς ἔλλειψιν χολίνης. Ὁ Chaikoff, πειραματιζόμενος ἐπὶ κυνῶν, μετὰ ἢ ἄνευ παγκρεατεκτομῆς, ἐδημιούργησε κίρρωσιν κατόπιν παρατεταμένης εἰδικῆς διαίτης, ἐπιτρεπούσης τὴν ἐν τῷ ἥπατι συσσώρευσιν λίπους.

Κατὰ τὸ ἀρχικόν στάδιον ἡ λιπώδης ἐκφύλισις ἐντοπίζεται εἰς τοὺς περιλοβιώδεις χώρους, δηλαδὴ ἐκεῖ ὅπου καὶ ἡ πλέον ἔντονος κυτταρική λειτουργία. Διατρέχει δὲ δύο φάσεις : μίαν πρώϊμον, ἀνατάξιμον καὶ μίαν ὀψιμον, μὴ ἀνατάξιμον.

Ἡ πρώτη φάσις χαρακτηρίζεται ἱστολογικῶς ὑπὸ διπλῶν ἀλλοιώσεων : νεκρωτικαὶ ἐστὶν ἐν ὑπερπλασίᾳ, κατάληψις τοῦ πρωτοπλάσματος τοῦ κυττάρου ὑπὸ λίπους. Ἐάν ἡ φάσις αὕτη γίνῃ κλινικῶς ἀντιληπτή, ἢ ἀνάπαυσις, μία κατάλληλος λευκωματοχὸς διαίτα, ἢ χορήγησις λιποτροπικῶν οὐσιῶν, θὰ ὀδηγήσουν πρὸς τὴν πλήρη ἴασιν καὶ τῶν ἱστολογικῶν βλαβῶν. Σπανίως ὅμως διαγιγνώσκεται, λόγῳ τῶν ἀβληχροτάτων κλινικῶν ἐκδηλώσεών της. Ὡς ἐκ τούτου καὶ ἐφ' ὅσον ἡ κατάστασις αὕτη παρατείνεται — πλεον τῶν 30 ἡμερῶν, ἐνίοτε πλέον τῶν δύο ἐτῶν — εἰσερχόμεθα εἰς τὴν δευτέραν καὶ μὴ ἀνατάξιμον φάσιν : φλεγμονώδης σκλήρυνσις, ἐν συνεχείᾳ οὐλώδης καὶ τέλος κίρρωσις ὑπὸ τὴν δοθεῖσαν ἤδη ἔννοιαν.

Ἡ ἀλκοολικὴ κίρρωσις ὑπόκειται εἰς τὸν αὐτὸν μηχανισμόν. Τὸ σκληρὸν καὶ σκληρυντικὸν ἥπαρ, ὅπερ περιέγραψεν ὁ Laënnec, δὲν ἀντιπροσωπεύει παρὰ τὴν τελικὴν κατάληξιν τῆς παθολογικῆς ἐπεξεργασίας. Καὶ ἐδῶ ὅμως ἡ πρώτη φάσις ἀντιπροσωπεύεται ἀπὸ τὴν λιπώδη ἐκφύλισιν. Ἴνα δὲ τεθῆ ἡ διάγνωσις, θὰ ἔπρεπεν ἡ δηλητηρίασις νὰ ἦτο ὀλική, ἢ λιπώδης ἐκφύλισις ἐξαιρετικῶς ἔντονος, ἢ δὲ κλινικὴ εἰκὼν λίαν βαρεῖα. Συνήθως ὅμως χαρακτηρίζεται ὑπὸ κλινικῆς σιγῆς, αἱ ἥπατικά δοκιμασίαι δὲν ἔχουν θετικοποιηθῆ, μόνον δὲ ἡ «παρακέντησις - βιοψία» τοῦ ἥπατος τὴν ἀποκαλύπτει.

Ἐξ ἄλλου, ἡ «ἀλκοολικὴ» κίρρωσις εἶναι μᾶλλον διαιτητικῆς αἰτιολογίας παρὰ τοξικῆς τοιαύτης. Βεβαίως δὲν ἔχει δοθῆ εἰσέτι ἀπάντησις εἰς τὸ πρόβλημα, ἐάν αἱ σχέσεις κίρρωσεως καὶ ἀλκοολισμοῦ ὀφείλονται εἰς στέρησιν λευκωμάτων καὶ τὴν ὑψηλὴν εἰς θερμίδας διαίταν τοῦ ἀλκοολικοῦ, οὔτε δὲ καὶ ἔχει πλήρως ἀποκλεισθῆ

ή επί του ήπατος τοξική επίδρασις τοῦ οἴνοπνεύματος. Οὕτως, ἐνῶ εἰς τὴν Ἀμερικὴν οἱ Rothoff καὶ Raiek ἀναφέρουν, ὅτι ἐκ τῶν κίρρωτικῶν τῶν οἱ 54% ἦσαν ἀλκοολικοί, ἐν Ἀγγλίᾳ ὁ Sh. Sherlock ἀναφέρει ποσοστὸν μόνον 18%.

Εἶναι γεγονός, ὅτι ὁ ἀλκοολικός δὲν τρώγει συχνά, οὔτε τακτικὰς ὥρας. Ἡ ὄρεξις του μειοῦται λόγω τῆς γαστρίτιδος, ἣν τελικῶς δημιουργεῖ ἡ κατάχρησις τοῦ οἴνοπνεύματος, ἀλλὰ καὶ ἐκ τοῦ γεγονότος, ὅτι αἱ μεγάλαι ποσότητες οἴνοπνεύματος τοῦ ἐξασφαλίζουν ἐπαρκῆ ἀριθμὸν θερμίδων, ὥστε οὗτος νὰ μὴ θεωρῆ ἀναγκαίαν τὴν λήψιν ἄλλων τροφῶν, αἵτινες θὰ τοῦ ἐξασφαλίσουν τὰ ἀπαραίτητα λευκώματα, βιταμίνας κλπ.

Ἀλλὰ καὶ πειραματικῶς τὸ οἴνοπνευμα δὲν ἀπεδείχθη ὡς τὸ ἄμεσον αἷτιον δημιουργίας κίρρώσεως. Ἐάν ληθῆ πρόνοια συγχρόνου χορηγήσεως καταλλήλου διαίτης, δὲν παρατηρεῖται εἰς τὰ ζῷα λιπώδης ἐκφύλισις ἢ κίρρωσις. Κατὰ δὲ τὸν Connor, ἡ μακρὰς διαρκείας λιπώδης διήθησις τοῦ ήπατος εἰς τὸν ἀλκοολικὸν ἀκολουθεῖται ὑπὸ κίρρώσεως, διότι τὸ οἴνοπνευμα ἔχει σχέσιν μὲ τὸν ήπατικὸν μεταβολισμὸν τῶν ὕδατανθράκων καὶ λιπῶν. Ἀμερικανοί, ἐξ ἄλλου, συγγραφεῖς ἐμελέτησαν ἀναρρωνύοντας ἀπὸ ὀξείας κρίσεως λιπώδους ήπατικῆς ἐκφυλίσεως. Τούτους ὑπέβαλον εἰς καλῶς ἰσορροπημένην διαίταν, χορηγῶντες συγχρόνως, καθ' ἐκάστην, σημαντικὰς ποσότητας οἴνοπνεύματος, χωρὶς μολαταῦτα νὰ παρατηρήσουν ἐπιβράδυνσιν τῆς κλινικῆς, βιολογικῆς καὶ ἱστολογικῆς βελτιώσεως. Βεβαίως δὲν δυνάμεθα νὰ συστήσωμεν ἀνάλογον διαιτητικὴν ἀγωγὴν εἰς τοὺς κίρρωτικούς μας.

Εἰς τὴν ἀλκοολικὴν κίρρωσιν ὑπάρχουν σαφεῖς ἐνδείξεις, ὅτι ὑπάρχει ἀνεπάρκεια χολίνης, τῆς ὁποίας γνωρίζομεν τὸν προστατευτικὸν ρόλον. Τὸ οἴνοπνευμα ἢ τὸ σάκχαρον ἀντικαθιστοῦν τὰς τροφὰς, αἵτινες περιέχουν χολίνην καὶ συγχρόνως, λόγω αὐξήσεως τῶν θερμίδων, αὐξάνουν καὶ αἱ εἰς λιποτρόπους παράγοντας ἀνάγκαι, οἷτινες παράγοντες εὐρίσκονται ἤδη μειωμένοι εἰς τὸν ἀλκοολικόν.

Οὕτως ἡ κίρρωσις τοῦ Laënnec ἐμφανίζεται σήμερον ὡς μία κίρρωσις κατόπιν λιπώδους ἐκφυλίσεως, προκληθεῖσα λόγω διαφόρων διαιτητικῶν διαταραχῶν, αἵτινες παρατηροῦνται εἰς τοὺς ἀλκοολικούς. Αἱ διαταραχαὶ αὗται δὲν ὀφείλονται μόνον εἰς τὴν ἀνορεξίαν τοῦ ἀτόμου, ἀλλὰ καὶ εἰς τὸ γεγονός, ὅτι τὸ οἴνοπνευμα προκαλεῖ συχνὰς καὶ πολλαπλὰς βλάβας τοῦ πεπτικοῦ σωλήνος.

Αἱ ἐξ ἰῶν κίρρώσεις ἐπέρχονται κατόπιν μιᾶς ἐπιδημικῆς ήπατίτιδος. Ἡ λοιμῶξις αὕτη ἀκολουθεῖται συνήθως ὑπὸ

πλήρους αποκαταστάσεως τοῦ ἥπατος. Ἐν τούτοις, μετὰ μακρὸν χρονικὸν διάστημα, δυνατόν νά ἐμφανισθοῦν ἐπιπλοκαὶ καί ν' ἀποδοθῆ αἰτιολογικῶς ἡ κίρρωσις εἰς προηγηθεῖσαν λοιμώδη ἥπατίτιδα. Ἡ ἀπόλυτος αἰτιολογικὴ σημασία ταύτης ὡς κίρρωσεογόνου παραμένει κάπως ἀβεβαία. Οἱ Ἀμερικανοὶ Ratnoff καὶ Patek, εἰς 356 κίρρωτικούς, ἀνευρίσκουν εἰς τὸ ἀναμνηστικὸν ἴκτερον μόνον εἰς 6,5%, ἐνῶ οἱ Howard καὶ Watson ἀνευρίσκουν τοῦτον εἰς 17%. Ὁ δὲ Ἄγγλος Sherlock ἀναφέρει ποσοστὸν 33%. Ἡ μὴ ἀνεύρεσις ἴκτερου εἰς τὸ ἀναμνηστικὸν δὲν ἀποκλείει προηγηθεῖσαν ἥπατίτιδα, διότι ὑπάρχουν καὶ αἱ ἥπια, ἀνικτερικαὶ μορφαί. Κατὰ τὸν Sherlock, ἀλλὰ καὶ τὸν Keisall, δὲν ὑπάρχουν σταθεραὶ κλινικαὶ καὶ παθολογο-ανατομικαὶ διαφοραὶ μεταξύ ἰδιοπαθῶν κίρρώσεων καὶ κίρρώσεων τῶν ὁποίων προηγήθη ἥπατίτις. Δὲν ὑπάρχει ἀμφιβολία, ὅτι ἡ μετὰ ἥπατίτιδα κίρρωσις καὶ ἡ κλασσικὴ τοῦ Laënnec δύνανται νά ἔχουν τὴν αὐτὴν κλινικὴν εἰκόνα, καὶ ἐάν ἐνίοτε διαφέρουν αἱ παθολογοανατομικαὶ ἀλλοιώσεις, εἰς τὰς πλείστας περιπτώσεις οὐδεμία διαφορὰ ὑπάρχει.

Διὰ τοὺς Γάλλους Girard, Planchu καὶ Loisy, οἱ τοῖ προσβάλλουν κατὰ πρῶτον τὰ περιφερικὰ κύτταρα τοῦ λοβίου, πλέον ἀσθενῆ, ὡς ἐντονώτερον λειτουργοῦντα. Παρατηρεῖται οὕτω διήθησις τῶν περιπυλαίων χώρων ἐκ λεμφοκυττάρων, μονοκυττάρων καὶ ἠωσινοφίλων καὶ ἐστιῶν νεκρώσεως καὶ κυτταρικῆς ἐκφυλίσεως. Ἐν συνεχείᾳ αἱ χώραι αὗται κατακλύζονται προσδευτικῶς ὑπὸ ἰνοβλαστῶν, χωρὶς νά ἔχη προηγηθῆ λιπώδης ἐκφύλισις τῶν ἥπατικῶν κυττάρων. Ἡ σκλήρυνσις ἐμφανίζεται ἀρχικῶς φλεγμονώδης, οὐλώδης δὲ ἐν συνεχείᾳ. Ἐάν ὁμως ὑπάρχουν βαρεῖαι ἥπατίτιδες, χαρακτηριζόμεναι ὑπὸ ὀξείας ἀτροφίας τοῦ ἥπατος, ἐάν ὑπάρχουν καλοῦθεις ἀκολουθοῦμεναι ὑπὸ πλήρους ἰάσεως τοῦ ἥπατος, ἐάν ὑπάρχουν καλοῦθεις, ὑπάρχουν καὶ ἄλλαι, κατὰ τὰς ὁποίας ἡ κίρρωσις ἐμφανίζεται ἀρκετὰ συχνά: ἐκτὸς τοῦ βαρέος, παρατεινομένου κίρρωσεογόνου ἴκτερου, ὑπάρχουν αἱ ἥπια ὑποτροπιάζουσαι καὶ αἱ λανθάνουσαι ἥπατίτιδες. Δὲν ἀποκλείεται, οὕτως, ἀρκετὰ ἐκ τῶν κίρρώσεων, ἐκ τῶν καλουμένων «ἀγνώστου αἰτιολογίας», «σπληνικὴ κίρρωσις» ἢ «κίρρωσις Βαητί», νά εἶναι ἐν τῇ πραγματικότητι κίρρωσις ἐξ ἰοῦ. Εἰς τὸ ἀναμνηστικὸν πολλῶν ἐκ τῶν ἀρρώστων, οἱ ὁποῖοι πάσχουν ἐκ μίας τῶν ὡς ἄνω παθήσεων, ἀνευρίσκεται μία παλαιά, λησμονηθεῖσα ἥπατίτις, ἢ μία ἐπιδημία ἴκτερου εἰς τὴν οἰκογένειαν ἢ τὸ ἄμεσον περιβάλλον τοῦ ἀρρώστου. Αἱ δὲ ἐξ ἰοῦ τοιαῦται κίρρώσεις φαίνεσθαι νά εἶναι πολὺ πλέον συχναὶ ἀπὸ ὅ,τι γενικῶς πιστεύεται, ἀντιπρο-

σωπεύουν δέ, μετά τῶν λόγῳ λιπώδους ἐκφυλίσεως κιρρώσεων, τὴν πλειονότητα τῶν περιλοβιδῶν κιρρώσεων.

Ἡ δευτέρα κατηγορία κιρρώσεων περιλαμβάνει παρεγχυτικὰς τοιαύτας. Ἡ παθογένειά των ὁμως διαφέρει καὶ οὐσιαστικῶς δὲν πρόκειται περὶ κιρρώσεων. Ἡ ἰνώδης ὑπερπλασία δὲν εἶναι ἀποτέλεσμα οὐλώδους ἐπεξεργασίας τοῦ ἐκφυλισθέντος ἥπατικοῦ ἱστοῦ, ἀλλὰ εἶναι πρωτοπαθῆς ὑπερτροφία τῶν ἰνῶν τοῦ δικτυωτοῦ ἱστοῦ, αἵτινες προοδευτικῶς ἀπομονώνουν τὰ ἥπατικά κύτταρα ἐκ τῶν σχέσεών των μετὰ τῶν ἀγγείων καὶ δημιουργοῦν δευτεροπαθῆ ἐκφύλισιν. Ἡ νόσος τοῦ Hanoi, ἀγνώστου αἰτιολογίας ὑπερπλασία τοῦ δικτυωτοῦ συστήματος ὀλοκλήρου τοῦ ὄργανισμοῦ, συνοδεύεται ὑπὸ τοιαύτης κιρρώσεως. Εἰς τὴν ὁμάδα ταύτην δεόν νά ὑπαχθοῦν καὶ αἱ κιρρώσεις αἱ λεγόμεναι χολοστατικά, εἰς τὰς ὁποίας ἡ χολόστασις, κατὰ νεωτέρας ἐρεύνας, εἶναι τὸ ἀποτέλεσμα καὶ οὐχὶ τὸ αἷτιον τῆς παρεγχυματικῆς ὑπερπλασίας.

Ἡ τρίτη κατηγορία κιρρώσεων περιλαμβάνει τὰς καρδιακὰς κιρρώσεις. Αὗται ἀποτελοῦν ἐπιπλοκὴν τοῦ καρδιακοῦ ἥπατος καὶ διακρίνονται εὐκόλως τῶν προηγουμένων κιρρώσεων ὡς ἐπερχόμεναι εἰς ἀσυστολίας. Πράγματι, ἱστολογικῶς ἡ σκλήρυνσις εἶναι κεντρολοβιδῆς καὶ οὐχὶ περιλοβιδῆς.

Οὕτως ὁ Girard μετὰ τῶν συνεργατῶν του κατατάσσει τὰς κιρρώσεις εἰς τρεῖς κατηγορίας :

1.— Περὶ λοβιδῶδεις κιρρώσεις :

— Κιρρώσεις αἵτινες ἔπονται τῆς λιποειδοῦς ἐκφυλίσεως : διαιτητικά, ἀλκοολικά.

— Ἐκφυλιστικά ἐν τῇ ἀρχῇ : ἐξ ἰνῶν καὶ λοιμώδεις.

2.— ΠΑΡΕΥΧΥΜΑΤΙΚΑΙ ΚΙΡΡΩΣΕΙΣ :

— Νόσος τοῦ Hanoi, ἀσηπτικὴ χολοστατικὴ κίρρωσις.

3.— ΚΕΝΤΡΟΛΟΒΙΩΔΕΙΣ ΚΙΡΡΩΣΕΙΣ :

— Καρδιακά.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΙΣ

Ἡ διάγνωσις μιᾶς κιρρώσεως εἶναι σχετικῶς εὐχερής, ἰδίως ὁσάκις ὁ ἄρρωστος προσέρχεται εἰς προκεχωρημένον πλέον στάδιον.

Ἐπενθυμίζομεν τὰ κυριώτερα σημεῖα :

— Διαπίστωσις ἀσκιτικοῦ ὕγρου (δυσχερῆς κατὰ τὸ ἀρχικὸν στάδιον).

— Ὑπερτροφία ἢ ἀτροφία τοῦ ἥπατος.

— Μεγαλοσπληνία.

- Ἐπίφλεβον.
- Οἰδήματα.
- Ἀγγειοτελεκτασίαι;

Α' Κίρρωσις τοῦ Laënnec. Θ' ἀναζητηθῆ ἡ ἐξέλιξις εἰς δύο στάδια:

— Τὸ ἀρχικὸν καὶ ἀνατάξιμον ἄνευ ἀσκίτου, μετὰ τῶν πεπτικῶν διαταραχῶν (ἀνορεξία, ναυτία, ἐναλλασσόμεναι περίοδοι διαρροίας καὶ δυσκοιλιότητος, ἀβληχρὰ ἄλγη κατὰ τὸ δεξιὸν ὑποχόνδριον).

— Διαταραχαὶ ἐκ τοῦ νευρικοῦ συστήματος (ἐφιάλται, μυϊκοὶ πόννοι, τρόμος τῶν χειρῶν).

— Γενικαὶ διαταραχαὶ (ἀπίσχνανσις, κόπωσις, μετεωρισμὸς τῆς κοιλίας, ἦπαρ εὐαίσθητον, ἐλαφρὰ οἰδήματα τῶν κάτω ἄκρων, ἐνίοτε ὑπίκτηρος).

— Αἱ ἡπατικά ἐδοκιμασθῆσι θετικοποιοῦνται. Ἡ «παρακέντησις βιοψία» τοῦ ἥπατος θέτει τὴν διάγνωσιν καὶ εἰς τὸ στάδιον τοῦτο.

— Τὸ δεύτερον στάδιον, τὸ ἀσκιτικόν, μὲ τὴν κλασσικὴν συμπτωματολογίαν.

Κατὰ τὸ στάδιον τοῦτο δεόν ν' ἀποκλεισθῆ :

- Ἡ ἐπίσχεσις οὔρων.
- Ἡ κύησις μετὰ ὕδραμνίου.
- Ἡ κύστις τῆς φώθηκῆς.

Θὰ ἐρευνηθῆ ἡ φύσις τοῦ ἀσκιτικοῦ ὑγροῦ:

α) Φυματιώδης περιτονίτις: ἄτομον νέον τὴν ἡλικίαν, συχνότερα εἰς γυναῖκας. Θ' ἀναζητηθῆ μία πνευμονικὴ διήθησις, ἡ ὕπαρξις ἀδένων. Ἡ κοιλία εἶναι σφαιροειδῆς καὶ οὐχὶ βατραχοειδῆς. Ἡ παρακέντησις ἀποκαλύπτει ὅτι πρόκειται περὶ ἐξιδρώματος μετὰ λεμφοκυττάρων, λευκώματος καὶ Rivalta +. Ἐν ἀνάγκῃ ἐνοφθαλμισμὸς εἰς ἰνδόχοιρον.

Εἰς τὰ ἡλικιωμένα ἄτομα ἡ αἰτιολογικὴ διάγνωσις ἀποβαίνει δυσχερεστέρα, δεδομένου ὅτι τὸ ἀσκιτικὸν ὑγρὸν δύναται νὰ ἐπιμολυνθῆ ὑπὸ τοῦ βακίλλου.

— Ἀναζητήσις δευτερευόντων σημείων, ὅπως κοιλία διατεταμένη μὲ δέρμα λεῖον καὶ ὠχρόν, μὲ διηθήσεις περιτοναϊκᾶς κλπ.

β) Ἀσκιτῆς ἐκ καρκίνου.

- Ἄτομον ἡλικιωμένον.
- Ἀνώμαλοι κοιλιακαὶ μᾶζαι κατὰ τὴν ψηλάφησιν.

- Ήπαρ σκληρόν, άνώμαλον, ύβώδες.
- Σπλήν άψηλάφητος.
- Ύγρόν ένίοτε αίματηρόν. Κυτταρολογική εξέταση.
- Έξέταση προστάτου.
- Άκτινολογική εξέταση τοϋ πεπτικοϋ σωλήνος.
- Ήπατικά δοκιμασίαί άρνητικά (ιδίως εις τόν μεταστατικόν καρκίνον).

— Παρακέντησις — βιοψία τοϋ ήπατος.

γ) Άσκιίτης έκ καρδιακής άνεπαρκείας:

— Κατόπιν έκκενωτικής παρακέντησεως: ήπαρ όμοιομόρφως διωγκωμένον, έπώδυνον, με χεΐλος όξύ.

— Σημεϊον τοϋ έπιπλέοντος πάγου.

— Εις τά νέα άτομα άναζήτησις μιās συσφιγκτικής περικαρδίτιδος.

δ) Σύνδρομον Banti.

— Δυσχερής διάγνωσις κατά την τελικήν φάσιν.

— Έκσεσημασμένη διόγκωσις σπληνός, όστις δέν συστέλλεται κατόπιν ένέσεως άδρεναλίνης.

— Ειδική εξέλιξις χαρακτηριζομένη από αίμορραγίας και μετρίαν ήπατικήν άνεπάρκειαν.

Β' Ύπερτροφικάί κίρρώσεις. Εις ταύτας προβάλλει αύτομάτως τό πρόβλημα τής διαφορικής διαγνώσεως με όλας τάς ήπατομεγαλίας.

α) Έάν ή διόγκωσις τοϋ ήπατος συνοδεύεται και υπό Ικτέρου, θά διαχωρισθῆ ένός χρονίου άποφρακτικοϋ τοιούτου.

Εις την περίπτωση όμως ταύτην τό ήπαρ είναι όλιγώτερον διωγκωμένον και συστάσεως φυσιολογικής.

— Ίκτερική μορφή έχινοκόκκων ήπατος.

— Νόσος τοϋ Hanot.

— Μετα-ικτερική κίρρωσις Mossé - Marchand - Mallory (συνδυασμός βαρέος Ικτέρου, υπερτροφικής και άτροφικής κίρρώσεως).

β) Έάν τό υπερτροφικόν ήπαρ συνοδεύεται και υπό άσκιτικοϋ ύγροϋ, δεσπόζει ή αίτιολογική διάγνωσις τής κίρρώσεως:

— Άδενο-καρκίνωμα.

— Μεταστατικός καρκίνος.

γ) Διόγκωσις ήπατος μετά μεγαλοσπληνίας:

— Μυελογενής λευχαιμία.

δ) Μονήρης ήπατομεγαλία:

- Πρωτοπαθής καρκίνος.
- 'Απόστημα ήπατος.
- Συμφορητικόν ήπαρ τών αλκοολικῶν.
- 'Εχινόκοκκος ήπατος.
- ε) Εἰς περίπτωσιν χρωστικῆς κίρρωσεως.
- Θά έρευνηθῆ ἡ ὕπαρξις διαβήτου.
- Μία ἀδδισσόνειος μελανοδερμία.
- Διάγνωσις τών διαφόρων μελανοχρωματώσεων.

Θά πρέπη, έπομένως, παρουσία μιᾶς διογκώσεως τοῦ ήπατος συνοδευομένης καί ὑπό άσκιτικοῦ ὕγρου, παρά τὸ γεγονός ότι ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον ἡ κατάστασις αὕτη ὀφείλεται εἰς κίρρωσιν αλκοολικῆς φύσεως, νά σκεφθῶμεν καί ἄλλας παθήσεις, ἔστω καί περισσότερον σπανίας.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

'Η ἀναζήτησις τοῦ ὑπευθίνου παράγοντος τοῦ προκαλέσαντος ἢ συντελέσαντος εἰς τὴν δημιουργίαν τῆς κίρρωσεως, ὡσάκις τοῦτο εἶναι κατορθωτόν, εἶναι ἀπαραίτητος, δεδομένου ὅτι ἡ κατάργησις του ἢ ἡ διόρθωσις, λ.χ. μιᾶς στερητικῆς καταστάσεως, συμβάλλει ἀναμφισβητήτως εἰς τὴν θεραπείαν. Οὕτως εἰς τ' ἀρχικὰ στάδια ἡ διαπίστωσις μιᾶς χολολιθιάσεως ἐπιβάλλει τὴν χολοκυστεκτομήν, ἵνα προληφθῆ περαιτέρω βλάβη τοῦ ήπατος καί ἀφοῦ προηγουμένως ἀποκατασταθῆ ἡ ἤδη προσγενομένη.

'Η θεραπεία τῆς κίρρωσεως εἶναι κυρίως διαιτητικῆ. Θά ἔχωμεν ὁμως πάντοτε ὑπ' ὄψιν, ὅτι εἰς τὰς ὑπερτροφικὰς τοιαύτας ἢ ὑπερλευκωματοῦχος διαίτα ἀποδίδει ἱκανοποιητικὰ ἀποτελέσματα, μέχρι καί ἰάσεως κατὰ τ' ἀρχικὰ στάδια, ἰδιαιτέρως δὲ ὡς προληπτικῆ εἰς τὸν αλκοολικόν, τὸν μὴ καταστάντα εἰσέτι κίρρωτικόν. 'Επὶ περιπτώσεων ὁμως ἀτροφικῆς κίρρωσεως τ' ἀποτελέσματα εἶναι μάλλον ἀσήμαντα.

'Απαραίτητος ὅρος εἶναι ἡ κλινικήρης ἀνάπαυσις καθ' ὅλην τὴν διάρκειαν τῆς θεραπείας, ἥτις θ' ἀποδώσῃ περισσότερον, ἐάν ὁ ἄρρωστος ὑποβληθῆ εἰς τὴν πειθαρχίαν τῆς Κλινικῆς. Θ' ἀποφευχθῆ ἡ χορήγησις φαρμάκων ἐπιβλαβῶν εἰς τὸ ήπαρ, ὅπως σουλφοναμιδῶν, βαρβιτουρικῶν κ.ἄ. Θά καταπολεμηθῆ ἡ δυσκοιλίότης, ἰδίως διὰ τῶν χολικῶν ἀλάτων (διῦδροχολικόν ὀξύ), ἅτινα ἔξασφαλίζουν τὴν χολορρυσίαν καί μειώνουν τὴν γλοιότητα τῆς χολῆς.

Εἰς κάθε ήπατικὴν νόσον προέχει ἡ διατήρησις τοῦ γλυκογόνου τοῦ ήπατικοῦ κυττάρου. Παρουσία άσκιτου θά χορηγηθοῦν 100 ἔως

200 κ. έκ. ήμερησίως δεξτρόζης 50%, μέχρις ότου τά άποβαλλόμενα ύγρά ύπερβουν εις ποσότητα τά λαμβανόμενα. Έν συνεχεία θά χορηγούνται 300 έως 400 κ. έκ. διαλύματος δεξτρόζης 25% μέχρις ότου αύξηθῆ έτι περαιτέρω ή διούρησις, όποτε δυνάμεθα νά χορηγώμεν 3000 έως 4000 κ. έκ. διαλύματος 10%. Πολλοί άρρώστοι με άτροφικήν κίρρωσιν και άσκήτην έβελτιώθησαν σημαντικώτατα ή και λάθησαν διά τῆς καθ' έκάστην παρεντερικής χορηγήσεως ύπερτονικοϋ διαλύματος δεξτρόζης, όπερ συμβάλλει όχι μόνον εις τήν αναγέννησιν τοϋ ήπατος, αλλά είναι συγχρόνως και σημαντικός διουρητικός παράγων. Μολαταϋτα εις άρρώστους με προκεχωρημένης ήπατικής βλάβας, ή θεραπεία αύτη δέν απέδωσεν όσον κατά τ' αρχικά στάδια.

Η διαίτα, περί τῆς όποίας θέλομεν όμιλήσει κατωτέρω, δέον νά εμπλουτισθῆ υπό βιτamins, παρά τό γεγονός ότι ό ρόλος των δέν έχει άπολύτως διευκρινηθῆ. Άν και χορηγείται άφειδώς τό σύμπλεγμα βιταμίνης Β, δέν έχει άποδειχθῆ άπολύτως ή έλλειψίς τῆς κατά τήν κίρρωσιν τοϋ ήπατος. Η ύπερβολική δέ χρῆσις βιταμινών δυνατὸν νά προκαλέσῃ ζημίαις. Οϋτως ή χορήγησις μεγάλων δόσεων νικοτινικοϋ όξέος δύναται ν' άποβῆ έπιβλαβῆς εις περιπτώσεις λιπώδους έκφυλίσεως τοϋ ήπατος. Ποσότης τῆς βιταμίνης ταύτης άπεκκρίνεται ως παράγωγον τοϋ μεθυλιοϋ, όπερ πειραματικῶς, εις τά ζῷα, έπιταχύνει τήν εξέλιξιν τῆς κίρρωσεως, όταν χορηγῆται συγχρόνως στερητική διαίτα.

Κατά τὸν Mc Henry ή ύδροχλωρική θειαμίνη, υπό ώρισμένους όρους, προκαλεῖ λιπώδη διήθησιν τοϋ ήπατος. Κατόπιν πειραματικῶν έρευνών, ό Morgan κατέληξεν εις τό συμπέρασμα, ότι μεγάλαι δόσεις νικοτινικοϋ όξέος εις άτομα έμφανίζοντα πολλαπλῶς άβιταμινώσεις έπιταχύνει καταστάσεις χειροτέρας από εκείνην ήν προκαλεῖ μετρία στερητική διαίτα. Η εις μεγάλας έπομένως δόσεις χορήγησις μιᾶς βιταμίνης εκ τοϋ συμπλέγματος Β έλάχιστα όφελει και δυνατὸν νά βλάψῃ, εάν δέν ύπάρχη ειδική έλλειψίς. Η χορήγησις βιταμίνης C είναι χρήσιμος, ως προστατεύουσα από ώρισμένης ήπατοτοξίνης και ως αύξάνουσα τήν αντίστασιν τῶν ήπατικών κυττάρων. Η έλλειψίς βιταμίνης Α είναι συνήθης εις τά ήπατικά νοσήματα, έξ άτελοϋς άπορροφήσεως λόγω τῆς χολικής άνεπαρκειαις. Άτελής έπίσης είναι και ή άπορρόφησις τῆς βιταμίνης D.

Θά χορηγώσωμεν, έπομένως, ξηρὸν ζυθοζύμην, δύο κοχλ. σούπας (30 γραμ.) ήμερησίως, χυμοϋς φρούτων διά τήν βιταμ. C (250—350 κ. έκ. ήμερησίως), βιταμ. Α 5000 μονάδας και βιτ. D 1000 μον. Έκτός τῆς ξηρᾶς ζυθοζύμης (βιταμ. Β), χορηγούμεν παρεντερι-

κως ύδροχλ. θειαμίνη 10—20 mgr., νικοτιναμίδη 50—100 mgr. και ήπατικόν έκχύλισμα μή κεκαθαρμένον 1—3 κ. έκ. ήμερησίως. Εις περίπτωσιν ύποθρομβιναιμίας χορηγοϋμεν παρεντερικώς ή per os, 5—10 mgr. βιταμ. Κ.

Όσάκις ό κιρρωτικός δέν δύναται νά λάβη πλήρη δίαιταν, κυρίως λόγω πεπτικων διαταραχων, καταφεύγομεν εις τεχνητάς σκευασίας πρωτεϊνων, ως τής ύδρολυθείσης καζεΐνης, per os (Protolysate, Ledinas) 3—6 κοχλ. σούπας ήμερησίως. Έπί μεγάλης ύποπρωτεϊναιμίας χορηγοϋμεν ένδοφλεβίως είτε πλάσμα (500 c.c.) είτε διάλυμα 10% άμινο-οξέων 500—1000 c.c. (Amigen) εις διάστημα δύο περιπου ώρων, στάγδην.

Διαιτητική άγωγή. Σκοπός ταύτης θά εΐναι ή έξασφάλις τών πλέον ή άπαραιτήτων θερμίδων, λευκωμάτων, λιποτροπικων οϋσιων και ή εις τό έλάχιστον μείωσις τών λιπών.

Ό αριθμός τών θερμίδων θ' άνέλθη εις 2500 - 3500 ήμερησίως. Εΐναι προτιμότερον νά έξασφαλίσωμεν αριθμόν θερμίδων μεγαλύτερον τοϋ άπαιτουμένου, διότι οϋτω προστατεύομεν τό ήπαρ και ένισχύομεν τήν ήπατικήν αναγέννησιν. Όλαι αί δίαιται, άν και περιέχουν τό αύτό ποσόν λευκωμάτων, δέν έχουν τήν αύτήν θεραπευτικήν άξιαν. Τοϋτο όφείλεται εις τό εϋπεπτον ή δύσπεπτον τοϋ λευκώματος, αλλά και εις τήν περιεκτικότητα τούτου εις βασικά άμινοξέα. Ός έκ τούτου προτιμώνται τά ζωϊκά λευκώματα, ως έκπληροϋντα άμφοτέρους τούς όρους τούτους.

Και κατά μέν τούς Butt και Snell τό ήμερήσιον ποσόν λευκώματος δέον ν' άνέρχεται εις 110 - 135 γρ., ένφ ό Morisson τό αναβιβάζει εις 200 - 300 γρ. Χορηγείται ύπό μορφήν κρέατος, ίχθύων, ψών, τυροϋ και άποβουτυρωμένου γάλακτος.

Προτιμάται κυρίως τό βόειον κρέας από τό τοϋ άμνοϋ και τής όρνιθος. Άποφεύγονται τά άδενοειδή κρέατα, πλην τοϋ ήπατος. Το κρέας καλύπτει τά 50% τοϋ άπαιτουμένου λευκώματος. Το ύπόλοιπον θά συμπληρωθῆ διά δύο ψών και άποβουτυρωμένου γάλακτος ή διά άμινοξέων. Το κρέας αντικαθίσταται ή έναλλάσσεται με ίχθους λευκούς και μεγάλους, οΐτινες περιέχουν σημαντικόν ποσόν λευκώματος, βραστοϋς ή έψημένους, άνευ καρυκευμάτων. Δυνάμεθα τοιουτοτρόπως νά ποικίλλωμεν :

Κρέας ψαχνό, ψητό, δίχωσ σάλτσες κ.λ.π. 120 γρ. ή ψάρια βραστά ή ψητά 120 γραμ. μεσημέρι και βράδυ, πατάτες πουρέ 100 γρ. σαλάτα ή χόρτα βραστά, τυρί ήμιαποβουτυρωμένον 40 γρ., φροϋτα, ψωμί.

Τὸ πρῶτ' δύο αὐγά βραστά, γάλα.

Τὸ ἀπόγευμα γάλα.

Ἀπαγορεύονται: Τὸ παχὺ κρέας (χοιρινόν, κυνήγι κ.λ.π.) ἢ παρσκευασμένον με λίπος, τὰ λιπαρὰ ψάρια, τὰ τηγανητά, τὰ λίπη, οἱ παχεῖς τυροί.

Τὸ χορηγηθησόμενον ποσὸν ὕδατανθράκων θὰ εἶναι 300 - 600 γρ. ἡμερησίως. Θὰ συμπληρωθοῦν οὕτως αἱ ἀπαιτούμεναι θερμίδες (μακαρόνια, ρύζι, πατάτες, ψωμί, κομπόστες, χόρτα, φρούτα). Δυνάμεθα νὰ συμπληρώσωμεν χορηγοῦντες δεξτρώζην ἐνδοφλεβίως, ὡς ἀνεφέραμεν ἤδη.

Θ' ἀπαγορευθοῦν ἀπολύτως τὰ οἶνοπνευματώδη ποτά, ἀκόμη καὶ αὐτὸς ὁ ζῦθος.

Θὰ μειώσωμεν σημαντικῶς τὸ μαγειρικόν ἄλας, θὰ τὸ ἀποκλείσωμεν δὲ τελείως εἰς περίπτωσιν ἀσκίτου.

Θὰ ἔχωμεν ὅμως ὑπ' ὄψιν, ὅτι ἡ μακροχρόνιος στέρησις, ἰδίως νατρίου, δύναται νὰ ὀδηγήσῃ εἰς τὸ γνωστὸν σύνδρομον ὑπονατρίαίμιας (ἀσθένεια, κόπωσης, μυϊκὰ ἄλγη, ναυτία, ἀσθενὴς σφυγμός). Ἐὰν παραταθῇ ἡ κατάστασις αὕτη, ἡ οὐρία τοῦ αἵματος ἀυξάνει καὶ δυνατὸν νὰ ἐπέλθῃ ὁ θάνατος ἐκ νεφρικῆς ἀνεπαρκειᾶς. Ὡς ἐκ τούτου εἶναι ἀπαραίτητος ὁ συχνὸς προσδιορισμὸς τῶν ἠλεκτρολυτῶν καὶ τῆς ἀλκαλικῆς παρακαταθήκης.

Εἰς τοὺς ὑπὸ ἄναλον διαίταν διατελοῦντας ἀρρώστους αἱ παρρακενηθεῖσαι ἀυξάνουν τὸν κίνδυνον ἐκδηλώσεως τοῦ ὡς ἄνω συνδρόμου, λόγῳ μεγάλων ἀπωλειῶν νατρίου ἐκ τοῦ ἀσκιτικοῦ ὑγροῦ. Εἰς τὰς περιπτώσεις αὐτὰς ἐνδείκνυται ἡ ἐνδοφλέβιος χορήγησις διαλύματος χλωριούχου νατρίου 5%.

Ὅσον ἀφορᾷ τὴν χορήγησιν λιπῶν, συνιστᾶται ὅπως ἡ ὀλικὴ ἡμερησία ποσότης μὴ ὑπερβαίῃ τὰ 50 γραμ. Μολαταῦτα ὑπάρχουν ἀντιρρήσεις. Οὕτως ὑποστηρίζεται, ὅτι, ἐὰν αἱ ἡπατικά βλάβαι ἐδημιουργήθησαν πειραματικῶς εἰς τὰ ζῶα διὰ τῆς χορηγήσεως μεγάλων ποσοτήτων λίπους, τοῦτο ὠφείλετο εἰς τὸ ὅτι ἡ διαίτα αὕτη ἦτο καὶ πτωχὴ εἰς λευκώματα. Ἐὰν τὸ ποσὸν τῶν λευκωμάτων εἶναι ὑπεραρκετὸν, ἀμφισβητεῖται ἐὰν τὸ λίπος δημιουργῇ ἡπατικὴν βλάβην.

Ἐκ κλινικῶν μελετῶν προκύπτει, ὅτι μία διαίτα με 3500 θερμίδας, ἥτις προσφέρει τὰ ἀπαιτούμενα λευκώματα, δύναται νὰ περιέχῃ 175 γραμ. λίπους καὶ μολαταῦτα νὰ εἶναι ἱκανὴ νὰ ἐπανορθώσῃ μίαν κίρρωτικὴν κατάστασιν. Τὸ συμπέρασμα εἶναι ὅτι τὸ λίπος δὲν πρέπει νὰ περιορισθῇ κάτω μιᾶς ὠρισμένης καὶ χρησίμου ποσότητος, ἥτις καθιστᾷ τὴν τροφήν πλέον εὐληπτον, ἀλλὰ κοί

προσφέρει απαραίτητους θερμίδας. Τά φυτική λίπη ή τά έκ προϊόντων γάλακτος προερχόμενα εἶναι γενικῶς πλέον άνεκτά.

Φαρμακευτική άγωγή. 1. **Λιποτροπικαί ούσίαι.** Πρόκειται περί άπαραιτήτων ούσιων, αἵτινες παρεμποδίζουν τήν έναπόθεσιν λίπους έντός τοῦ ήπατος καί αύξάνουν τήν κινήσιν αὐτοῦ έκ τοῦ ήπατος πρὸς τήν κυκλοφορίαν καί τοὺς ιστούς. Ὡς έκ τούτου, σήμερον, τείνουν μάλλον πρὸς τήν χορήγησιν τοιούτων λιποτροπικῶν ούσιων, παρά εἰς τὸν αὐστηρὸν περιορισμὸν τῶν λιπῶν.

Αἱ ούσίαι, αἱ ἔχουσαι άντιθέτους ιδιότητας, καλοῦνται **άντι-λιποτροπικαί.**

Αἱ κυριώτεραι λιποτροπικαί ούσίαι, ἄς καί χρησιμοποιοῦμεν εἰς τήν θεραπείαν τῆς κίρρωσεως τοῦ ήπατος, μόνας ή προτιμότερον έν συνδυασμῶ, εἶναι αἱ ἑξῆς :

α) **Μεθιονίνη.** Θειοθχον άμινο - οξύ, τὸ ὁποῖον δέν παράγεται ὑπὸ τοῦ ὀργανισμοῦ, ἀλλά λαμβάνεται διὰ τῆς λευκωματώχου διαίτης.

Αἱ κυριώτεραι ιδιότητες ταύτης εἶναι ὅτι :

- Προστατεύει τὸ ήπαρ.
 - Ἐναπλάσσει τοὺς ιστούς.
 - Εἶναι λιποτροπικός παράγων, ὡς μετατρεπομένη εἰς χολίνην.
 - » παράγων άντι - νεκρωτικός.
 - » » άντι - αναιμικός.
 - » » άντι - τοξικός.
 - » » τῆς ἀναπτύξεως.
 - Καταπολεμεῖ τήν λιπώδη διήθησιν.
 - Εύνοεῖ τήν ἀπέκκρισιν τοῦ ἀζώτου.
 - Δρᾷ εἰς τήν σίμορραγικήν πορφύραν.
- Ἡμερησία δόσις : 3 ἕως 4 γραμμάρια.

β) **Χολίνη.** Βιταμίνη τῆς ομάδος Β. Φυσιολογικὸν συστατικὸν τοῦ ὀργανισμοῦ, συντίθεται πιθανῶς ὑπὸ τοῦ παγκρέατος.

- Ἐντονος λιποτροπική δρᾷσις ἐπὶ τοῦ λιπώδους ήπατος χάρις εἰς τὰς τρεῖς μεθυλικὰς ομάδας.
- Ἐντι - κίρρωτική, άντι - αρτηριοσκληρυντική.
- Μειώνει τὸν μεταβολισμὸν. Δρᾷ κυρίως ἐπὶ τῶν οὐδετέρων λιπῶν.

Ἡμερησία δόσις : 4 ἕως 6 γραμμάρια.

γ) **Ί ν ο σ ι τ ό λ η**. Βιταμίνη της ομάδος Β.

— Λιποτροπική ενέργεια επί του έκ χοληστερόλης κυρίως λιπώδους ήπατος.

— Άντι - αρτηριοσκληρυντική.

— Παράγων ανάπτυξεως.

— Αύξάνει τόν γαστρο - εντερικόν περισταλισμόν.

δ) **Β ε τ α ί ν η**.

— Έντονος λιποτροπική ενέργεια χάρις εις τὰς τρεῖς μεθυλικὰς ομάδας.

— Έμποδίζει τὴν λιπώδη διήθησιν.

— Άντιτοξική ενέργεια επί του καρδιακοῦ μυός.

— Άντι - αρτηριοσκληρυντική.

— Έπανορθώνει τὰς διαταραχὰς του μεταβολισμοῦ τῶν ὕδατανθράκων.

ε) **Κ υ σ τ ί ν η**. Θειοῦχον ἄμινο - οξύ.

— Λιποτροπική ενέργεια, ἰδίως ἄντι - νεκρωτική.

στ) **Λ ι π ο κ α υ σ ί ν η** (Lipocais). Παγκρεατικόν ἔνζυμον, ἀποβαλλόμενον ἐντὸς του ἐντέρου διὰ του παγκρεατικοῦ πόρου, ὅπου δρᾷ πρωτεολυτικῶς καὶ ἐλευθερώνει ἐκ τῶν λευκωμάτων τὴν μεθειονίνη, ἥτις μετατρέπεται εἰς χολίνη, ἐξ οὗ καὶ ἡ λιποτροπική της ενέργεια. Οἱ λιποτροπικοὶ οὗτοι παράγοντες ἔχουν συνεργικὴν δρᾶσιν.

Οὕτως ὁ συνδυασμὸς μεθειονίνης—χολίνης εἶναι ἀπαραίτητος εἰς τινὰς στερητικὰς καταστάσεις.

Ἡ ενέργεια τῆς χολίνης αὐξάνει σημαντικώτατα ὁσάκις ἐνισχυθῆ ὑπὸ μεθειονίνης καὶ κυστίνης.

Ἡ χολίνη προλαμβάνει τὴν κίρρωσιν, δὲν δρᾷ ὅμως ἐπὶ νεκρώσεως ἢ αἰμορραγίας, ὅπου ἀντιθέτως δρᾷ ἡ μεθειονίνη καὶ ἡ κυστίνη.

Ὁ συνδυασμὸς μεθειονίνης—χολίνης εὐνοεῖ τὴν ἀνάπτυξιν καὶ αὐξάνει τὸ σωματικὸν βᾶρος.

Ἡ σύγχρονος χορήγησις χολίνης καὶ ἰνοσιτόλης δρᾷ καλλίτερον παρά ἂν χορηγηθοῦν κεχωρισμένως.

Ἡ λιπώδης διήθησις, ἡ προκαλουμένη πειραματικῶς διὰ τῆς βιοτίνης, μερικῶς μόνον ὑποχωρεῖ κατόπιν χορηγήσεως ἰνοσιτόλης ἢ χολίνης. Ὑποχωρεῖ τελείως κατόπιν συγχρόνου χορηγήσεως τῶν δύο αὐτῶν οὐσιῶν.

2. **Ἡ πα τ ι κὰ ἐ κ χ υ λ ί σ μ α τ α**.

Διαλύματα συμπεπικνωμένα, 1 ἕως 3 κ. ἐκ. ἡμερησίως. Διὰ τῆς ἐνδοφλεβίου ὁδοῦ διάλυμα μὴ κεκαθαρμένου ἐκχυλίσματος (crude) ἐντὸς διαλύματος δεξτρόζης, στάγδην.

3. Βιταμίναι.

— Σύμπλεγμα βιταμίνης Β. Ίδιως βιτ. Β₁ και Β₂.

— Βιταμίνη C και K.

4. Κορτιζόνη και A.C.T.H.

Έδοκιμάσθησαν εις τήν όξειαν λοιμώδη ήπατίτιδα, όποτε ό ίκτερος έξηφανίσθη ταχύτερον, αλλά και αί ύποτροπαί απέβησαν συχνότεραι.

Εις χρονίαις καταστάσεις, ίδίως κίρρωσιν τύπου Laënnec, κατάπιν χορηγήσεως κορτιζόνης παρετηρήθη αύξησις τής διουρήσεως, πτώσις τοϋ πυρετοϋ, επάνοδος τής όρέξεως. Ό άσκήτης και τά οίδηματα δέν επηρεάσθησαν. Έργαστηριακώς παρετηρήθη αύξησις τοϋ πλασματοικοϋ νατρίου, ελαφρά μείωσις τοϋ χλωρίου, ελάττωσις τοϋ καλλίου, συμπύκνωσις τών λευκωμάτων, αύξησις τής όλικής χοληστερόλης, φωσφατολιπιδών και όλικών λιπών, αύξησις τών έρυθρών αιμοσφαιρίων και τοϋ αιματοκρίτου. Πάντα ταϋτα τά βιολογικά φαινόμενα έξηφανίσθησαν εύθός ώς διεκόπη ή χορήγησις κορτιζόνης.

Υπάρχουν όμως και άνεπιθύμητοι ενέργειαι εκ τής χρήσεως τών δύο τούτων όρμονών. Οϋτως εις ήπατίτιδας παρατηροϋνται ύποτροπαί. Εις τοϋς κίρρωτικούς ή κυτταρική νέκρωσις δέν αναστέλλεται, δυνατόν τά οίδηματα και ό άσκήτης ν' αύξηθοϋν και οι ύποβαλλόμενοι εις θεραπείαν διά A.C.T.H. παρουσιάζουν ύπερπηκτικότητα τοϋ αίματος, ήτις δύναται νά οδηγήση εις θρόμβωσιν τής πυλαίας. Γενικώς αί δύο αύται όρμόνοι δέν ανακόπτουν τήν πορείαν τής νόσου και λόγω τών πιθανών κινδύνων ή χορήγησις των δέν ενδείκνυται.

5. Βιοθεραπευτικά.

Έάν συνυπάρχη πυρετός, δυνάμεθα νά χορηγήσωμεν χρυσομυκίνη και πενικιλίνη. Όσάκις ύποψιαζόμεθα συφιλίδα, ή πενικιλινοθεραπεία είναι άπαραίτητος, όπως και ή χορήγησις ίωδιούχων. Δέν θα παραμελήσωμεν επίσης νά έρευνήσωμεν μίαν συνυπάρχουσαν ή λανθάνουσαν φυματίωσιν, όποτε ή στρεπτομυκίνη και τό PAS (ένδοφλεβίως) ενδείκνυνται άπολύτως.

στ) Τέλος έχουν προταθή διάφορα θεραπευτικά μέσα, τά όποια όμως δέν δυνάμεθα εισέτι, έλλείψει πείρας, νά συστήσωμεν ή ν' άπορρίψωμεν.

— Οϋτω συνεστήθη ή προπιονική τεστοστερόνη, διά τήν βελτίωσιν τής ήπατικής άνεπαρκείας και τής γενικής καταστάσεως τοϋ άρρώστου.

— Περισσότερον ένδιαφέρον παρουσιάζουν τὰ ίόντα έναλλαγής ρητίνης (ion exchange resins). Ὁ Dock ἐξάγει τὴν σημασίαν τοῦ κατιόντος έναλλ. ρητίνης εἰς τὴν θεραπείαν τῶν οἰδημάτων, ἄλλοι δὲ ἀναφέρουν εὐνοϊκὴν αὐξήσιν τῆς διουρήσεως. Χάρις εἰς ταῦτα περιορίζεται ἡ ἀπόλυτος ἀναλος δαίαιτα.

— Τὰ ὑδραργυρικὰ διουρητικὰ δύνανται νὰ χρησιμοποιηθοῦν, ὡσάκις ἐπιτρέπει τοῦτο τὸ νεφρικὸν παρέγχυμα (Novurit, Neptal).

— Ἡ συνυπάρχουσα ἀναιμία θὰ καταπολεμηθῇ ἐν ἀνάγκῃ διὰ μεταγγίσεων αἵματος.

— Τὸ ὀσκιτικὸν ὑγρὸν θὰ κενωθῇ, θὰ συνεχισθῇ δὲ διὰ συχνῶν καὶ μικρᾶς ποσότητος (1000 ἕως 1500 c. c.) παρακεντήσεων ἡμέραν παρ' ἡμέραν (J. Caroli). Διὰ τῆς μεθόδου ταύτης ὑποχωρεῖ ἡ ἀνορεξία, ἐπιβραδύνεται ἡ ἀνάπτυξις νέου ὑγροῦ—ἀναφέρονται πλήρεις ἰάσεις—ἡ δὲ ἀπώλεια λευκωμάτων θ' ἀντικατασταθῇ διὰ τῆς πλουσίας διαίτης ἢ τῆς ἐνδοφλεβίου χορηγήσεως ἀμινοξέων.

Θεραπεία τοῦ ἥπατικῶν κώματος. Ὡς γνωστὸν, ἡ ἥπατικὴ ἀνεπάρκεια δύνανται νὰ ὀδηγήσῃ εἰς τὴν τελικὴν φάσιν τῆς ἐξελίξεως, ἦτο τὸ ἥπατικὸν κῶμα, τοῦ ὁποῦ αἱ κυριώτεραι κλινικαὶ ἐκδηλώσεις εἶναι αἱ διαταραχαὶ ἐκ τοῦ νευρικοῦ συστήματος.

Ἐπενθυμίζομεν ὅτι ἡ διάρκειά του εἶναι βραχεῖα — ὀλίγα ὥραι, 2 ἢ 3 ἡμέραι — καὶ τὸ μοιραῖον σχεδὸν ἀναπόφευκτον.

Ὅσον ἀφορᾷ τὴν παθογένειαν τοῦ ἥπατικῶν κώματος, αὕτη δὲν ἔχει ἀπολύτως διευκρινηθῇ.

Ὁ μηχανισμὸς τῶν νευρικῶν διαταραχῶν φαίνεται νὰ εἶναι τριπλοῦς, κατὰ τὸν Sh. Sherlock :

α) Ἡ πυλαία παρὰ πλευρὸς κυκλοφορία. Τὸ φλεβικὸν αἷμα τῆς πυλαίας εἰσέρχεται ἐντὸς τῆς κυκλοφορίας καὶ φθάνει εἰς τὸν ἐγκέφαλον χωρὶς ν' ἀποτοξινωθῇ ὑπὸ τοῦ ἥπατος. Τὰ πάσχοντα ἥπατικά κύτταρα εἶναι ἀνίκανα νὰ ἐξασφαλίσουν τὸν μεταβολισμὸν τῶν ἐντὸς τοῦ αἵματος τῆς πυλαίας περιεχομένων οὐσιῶν, αἵτινες διέρχονται ἀναλλοίωτοι ἐντὸς τῶν ἥπατικῶν φλεβῶν. Εἰς τὰς χρονίας μορφὰς τὸ αἷμα τῆς πυλαίας παρακάμπτει τὸ ἥπαρ διὰ τῆς παραπλεύρου κυκλοφορίας. Εἰς περίπτωσιν θρομβώσεως τῆς πυλαίας, ὀλόκληρον τὸ πυλαῖον αἷμα μεταφέρεται διὰ παραπλεύρων κλάδων.

β) Ἡ λειτουργικὴ ἀνεπάρκεια τῶν ἥπατικῶν

κυττάρων. Αι νευρικοί διαταραχαί αποδίδονται συνήθως εις ήπατικήν ανεπάρκειαν και πράγματι υπάρχει συνδυασμός τοῦ συνδρόμου και τῆς κυτταρικής ανεπαρκείας. Δέν φαίνεται ὅμως νά εἶναι και τὸ μόνον αἷτιον, διότι ἐπέρχεται και μέ ἐλαφράν ήπατικήν ανεπάρκειαν, ἀρκεῖ νά ὑπάρχη μεγάλη πυλαία παράπλευρος κυκλοφορία.

γ) Αἱ ἀζωτοῦχοι οὐσίαι ἐντός τοῦ ἐντέρου. Εἰς τινας περιπτώσεις κίρρωσεως τοῦ ήπατος ἐσημειώθησαν ψυχικά και διαταραχαί κατόπιν *per os* χορηγήσεως ἀμμωνιακῶν ἀλάτων, μέ αὔξησιν ἀμμωνίας ἐν τῷ αἵματι. Πλέον ἐντονοὶ ψυχικά διαταραχαί, τρόμος, ήλεκτροκαρδιογραφικά διαταραχαί, ὅμοιοι μέ τὰς τοῦ ήπατικοῦ κώματος, ἐπετεύχθησαν εις ἄτομα κατόπιν χορηγήσεως ἀζωτούχων οὐσιῶν, ἐκ τῶν ὁποίων δύναται νά παραχθῆ ἀμμωνία. Αἱ αὐταὶ διαταραχαί, και μάλιστα ταχύτατα, ἐνεφανίσθησαν κατόπιν χορηγήσεως ἀμμωνίας. Ἡ εις ἀμμωνίαν ὅμως περιεκτικότης τοῦ αἵματος δέν εἶναι πάντοτε σταθερά και ποικίλλει. Τὸ αἷμα τῆς πυλαίας περιέχει ἠδξημένην ποσότητα ἀμμωνίας, προερχομένης πιθανῶτα ἐκ τῶν ἀζωτούχων περιεχομένων τοῦ ἐντέρου κατόπιν ἐπιδράσεως τῶν βακτηριδίων. Τὸ αἷμα τοῦτο μεταβολίζεται διερχόμενον διὰ τοῦ ήπατος. Ἡ αὔξεις τῆς ἀμμωνίας εις τὴν περιφερικὴν κυκλοφορίαν ὀφείλεται εις τὸ ὅτι δέν λαμβάνει χώραν ὁ μεταβολισμός οὗτος λόγω τῆς ήπατικῆς ανεπαρκείας. Φαίνεται, ἐπομένως, ὅτι διὰ πλαγίας κυκλοφορίας ἐξω-ήπατικῆς, μέσῳ τοῦ ήπατος ή και διὰ τῶν δύο ὁδῶν, μία οὐσία περιλαμβάνουσα ἄζωτον προκαλεῖ διάχυτον ἐγκεφαλικὴν δηλητηρίασιν.

Ἡ ἐνδο-κυττάριος ἀμμωνία ἀποβάλλεται, πιθανῶς, διὰ συνδέσεως μέ γλουταμινικὸν ὄξύ, ὥστε νά σχηματισθῆ γλουταμίνη. Ἡ ὀξημένηναι ποσότητες μεθιονίνης (θειοξειδίου μεθιονίνης) ἀναστῆλουν τὸν μεταβολισμόν τοῦ γλουταμινικοῦ ὀξέος, παρεμποδίζουσαι τὴν ἀμίνωσιν τοῦ γλουταμινικοῦ ὀξέος εις γλουταμίνην, και ἐπομένως ἐν συνδυασμῷ μετὰ τῆς αὔξεσεως τῆς ἀμμωνίας ἔχουσι σοβαρὰς συνεπείας. Ἐξ ἄλλου, εις σοβαράν ήπατο-κυτταρικήν βλάβην ἀπελευθεροῦνται λίαν τοξικά ἀμινοξέα δι' αὐτολύσεως τοῦ ήπατικοῦ ἴστοῦ.

Ἐκτός τῶν ὡς ἄνω ἀντιλήψεων, ὑποστηρίζονται και πολλὰ ἄλλα ἀφορῶσαι τὸν μηχανισμόν τοῦ ήπατικοῦ κώματος.

α) Ὑπογλυχαιμία. Ἡ παρατήρησις ὅτι εις τὸ ζῶον, κατόπιν ὀλικῆς ήπατεκτομῆς, εἶναι ἀδύνατος ή ἐν τῷ αἵματι φυσιολογικὴ συμπίκνωσις γλυκόζης και ὡς ἐκ τούτου τοῦτο ἀποθνήσκει

έξ ύπογλυχαιμικοῦ κώματος, προβάλλεται καί διά τήν ήπατικήν άνεπάρκειαν εἰς τόν άνθρωπον. Ἄν καί παρατηροῦνται τοιαῦται ύπογλυχαιμῖαι εἰς χρόνια ήπατικά νοσήματα, εἶναι μολαταῦτα σπάνια καί κατά τὸ ήπατικόν κώμα ἡ ποσότης τοῦ σακχάρου ἐν τῷ αἵματι εἶναι φυσιολογική.

β) Ἀλλοιώσεις τοῦ ἐνδισαμέσου μεταβολισμοῦ τῶν ὕδατανθράκων. Εἰς τινας περιπτώσεις ήπατικοῦ κώματος παρατηρήθη ἐλαφρά αύξησης ἐν τῷ αἵματι τοῦ γαλακτικοῦ ὀξέος καί τοῦ πυροσταφυλικοῦ εἰς τὸ αἷμα, τὸ ἐγκεφαλονωτιαῖον ὕγρον καί τὰ οὖρα. Ὡς ἐκ τούτου ὑπεστηρίχθη, ὅτι τὸ ἦπαρ δὲν προσλαμβάνει τὸ πυροσταφυλικόν ὀξύ ἵνα σχηματίσῃ τ' ἀπαραίτητα δικαρβοξυλικά ὀξέα.

Ἄλλαι ὁμως καταστάσεις, ὅπως ἐντονος κόπωσης, θυρεοτοξικώσις, ἔλλειψις βιτ. Β, συνοδεύονται ὑπό αύξήσεως ἐν τῷ αἵματι γαλακτικοῦ ὀξέος καί πυροσταφυλικοῦ χωρὶς οἱ ἄρρωστοὶ νά περιπίπτουν εἰς κώμα.

γ) Κώμα ἐξ ὀξεώσεως. Μᾶλλον ἀπίθανον, δεδομένου ὅτι ἡ ἀλκαλική παρακαταθήκη μειοῦται ἐλάχιστα καί οὐχί σταθερῶς. Ἐξ ἄλλου, διά τῆς ἐπανορθώσεως τῆς ἐλαφρᾶς ταύτης ὀξεώσεως, τὸ ήπατικόν κώμα δὲν ἀνατάσσεται.

δ) Δηλητηρίασις δι' ἀκετυλχολίνης.

ε) Κατακράτησις κοπροπορφυρίνης. Ἡ διά τῶν οὖρων ἀπέκκρισις ταύτης ποικίλλει ἀναλόγως τοῦ βαθμοῦ τῆς ήπατικῆς άνεπάρκειας. Ἐλαττοῦται εἰς περίπτωσιν κώματος καί αύξάνει, ὅταν ὁ ἄρρωστος συνέλθῃ. Αἱ κατακρατούμεναι αὗται πορφυρίναι δυνατὸν νά συμμετέχουν εἰς τήν δημιουργίαν τῆς ἐγκεφαλικῆς δυσλειτουργίας.

* * *

Ἡ θεραπεία τοῦ ήπατικοῦ κώματος θ' ἀποβλέψῃ εἰς τὸ νά βελτιώσῃ τήν λειτουργίαν τοῦ ήπατικοῦ κυττάρου καί νά ἐξαλείψῃ κάθε τοξικὴν οὐσίαν περιεχομένην ἐν τῷ ἐντέρω.

Θά καταπολεμηθοῦν ὡσαύτως αἱ λοιμώξεις, αἱ αἱμορραγίαι, ἡ ὑπότασις, ὡς μειώνουσαι τήν ήπατικήν λειτουργίαν.

Δίσιτα. Ἀρχικῶς θ' ἀποφευχθῇ ἡ χορήγησις λευκωμάτων λόγω τῆς πιθανῆς τοξικότητος τῶν ἀζωτούχων οὐσιῶν. Χορήγησις μόνον γλυκόζης καί ἐλαχίστου λίπους. Ὅταν τὰ συμπτώματα ὑποχωρήσουν, θ' αύξηθῇ προοδευτικῶς τὸ ποσὸν τῶν λευκωμάτων: 25 γραμ. ἡμερησίως τήν πρώτην ἐβδομάδα καί αύξησης ἀνά 25 γρ. κάθε

έβδομάδα. Οί άρρωστοί οὔτοι δέν άνέχονται συνήθως λευκώματα περισσότερα τών 50 γρ. ήμερησίως.

—Θά έξασφαλισθοῦν 2000 θερμίδες ήμερησίως — γλυκόζη 20%. 2 λίτρα ήμερησίως. Θά ύπολογίσωμεν έπίσης τό ποσόν τών λαμβανομένων καί άποβαλλομένων ύγρών, ώς καί τούς ήλεκτρολύτας. Θ' άποφευχθῆ ή ύποκαλιαιμία—χορήγησις χυμών φρούτων, ή per os 3 γραμ. χλωριούχου καλίου ήμερησίως. Τοῦτο θά χορηγηθῆ εάν ή ήμερησία διούρησις ύπερβαίνη τό λίτρον.

—Τά χλωριούχα μειοῦνται λόγω έμέτων κ.λ.π. Ώς έκ τούτου — κατόπιν προσδιορισμοῦ των — θ' άποκατασταθοῦν δι' ένδοφλεβίου χορηγήσεως διαλύματος 5%.

—Λόγω τών τοξικῶν ούσιών, τών περιεχομένων έν τῷ έντέρῳ συνιστᾶται ή χορήγησις βιοθεραπευτικῶν, εύρέος φάσματος, ὅπως ή χρυσομυκίνη ή γαιομυκίνη, per os, διά καθετήρος 1 γραμ. εἰς 4 έξάωρους δόσεις, έπί μίαν έβδομάδα.

—Λόγω συνυπαρχούσης δυσκοιλιότητος συνιστῶνται καθαρτικά ύποκλυσμοί.

— Ή Κορτιζόνη καί τό A.C.T.H. ούδεμίαν έπίδρασιν έχουν.

—Τό γλουταμινικόν όξύ συνεστήθη διά τήν θεραπείαν τοῦ ήπατικοῦ κώματος, 20 γραμ. ένδοφλεβίως ήμερησίως. Μέχρι τοῦδε ὅμως δέν έχουν παρατηρηθῆ αξία λόγου άποτελέσματα.

—Τά άμινοοξέα, ὅπως ή μεθιονίνη, εἶναι επικίνδυνα, ώς τοξικά διά τούς άρρώστους τούτους, διότι δέν μεταβολίζονται εἰς τό ήπαρ καί άποβάλλονται διά τών ούρων.

Περίληπτικῶς:

— Προληπτική παρακολούθησις, ανά 4ωρον, τῆς άρτηριακῆς πιέσεως καί τοῦ σφυγμοῦ.

— Προσδιορισμός τῆς χολερυθρίνης ανά τριήμερον.

— Καθημερινή μέτρησις τοῦ μεγέθους τοῦ ήπατος.

— Καθημερινή έξέτασις τών πνευμόνων.

— Προσδιορισμός λαμβανομένων καί άποβαλλομένων ύγρών.

— Καθημερινή μέτρησις αιμοσφαιρίνης καί έρ. αιμοσφαιρίων.

— Προσδιορισμός ήλεκτρολυτῶν.

— Ούρία αίματος.

Παραθέτομεν κατωτέρω συνοπτικόν πίνακα τηρηθησομένης θεραπευτικῆς άγωγῆς εἰς περίπτωσιν ήπατικοῦ κώματος (Sh. Sherlock).

Όξεῖα κατάστασις:

1. Θεραπεία τών παραγόντων εκείνων, οἵτινες έπισπεύδουν τήν

ἐκδήλωσιν τοῦ κώματος: αἱμορραγίαι, λοίμωξις, ἀλκοολισμός, μικραὶ χειρουργικαὶ ἐπεμβάσεις.

2.—Κένωσις τοῦ ἐντέρου ἐκ τῶν ἀζωτούχων προϊόντων.

— Διακοπὴ φαρμάκων περιεχόντων ἄζωτον (Χλωρ. ἀμμώνιον, οὐρία, μεθιονίνη).

— Ὑποκλυσμός καὶ λήψις καθαρτικοῦ.

3.— Δίαιτα ἄνευ πρωτεϊνῶν. Γλυκόζη 20%, 2 λίτρα ἡμερησίως, ἐνδοφλεβίως ἢ per os.

4.— Βιοθεραπευτικά.

— Χρυσομυκίνη ἢ γαιομυκίνη 1 γραμ.

5.— Ἐξασφάλισις θερμίδων καὶ ἰσορροπήσις τῶν ὑγρῶν καὶ ἠλεκτρολυτῶν.

Χρονία κατάστασις:

1.— Ἀποφυγὴ ἀζωτούχων φαρμάκων.

2.— Λευκώματα: 50 γρ. ἡμερησίως.

3.— Ἐξασφάλισις μιᾶς τοῦλάχιστον ἡμερησίας κενώσεως.

4.— Εἰς περίπτωσιν ἐπιδεινώσεως θὰ ἐπανέλθωμεν εἰς τὴν διαίταν τῆς ὀξείας καταστάσεως.

ΑΙ "ΘΕΡΑΠΕΙΑΙ," ΤΩΝ ΓΑΣΤΡΟ - ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥ-
ΛΙΚΩΝ ΕΛΚΩΝ ΚΑΙ ΚΡΙΤΙΚΗ ΑΥΤΩΝ

Όταν όμιλή τις περί «θεραπείας» νόσου τινός, υποτίθεται ότι κατέχει ώρισμένα στοιχεία, τὰ όποία τοῦ ἐπιτρέπουν τὴν χρησιμοποίησιν τῆς λέξεως ταύτης ὑπὸ τὴν πλήρη ἔννοιάν της. Πολύ, ὅμως, φοβούμεθα, βασιζόμενοι εἰς πολυετῆ πείραν, ὅτι ὅσον ἀφορᾷ τὰ ἔλκη, θὰ πρέπη μᾶλλον νὰ όμιλῶμεν περί «θεραπευτικῆς ἀποπείρας» παρά περί «θεραπείας».

Εἰς μίαν νόσον ὅπως τὸ ἔλκος, ὅπου δὲν κατέχομεν—ἵνα μὴ εἴπωμεν ἀγνοοῦμεν—ὅλα τὰ στοιχεία τὰ ἀφορῶντα τὴν αἰτιολογίαν καὶ παθογένειαν, κάθε θεραπευτικὴ ἀγωγή εἶναι ἐπιτρεπτή, ἀρκεῖ νὰ μὴ εἶναι ἐπιβλαβής.

Ἐξ οὗ καὶ ἡ πληθώρα καὶ ἡ ποικιλία τῶν θεραπευτικῶν μεθόδων, ἡ πολυφαρμακία, αἱ ἀντικρουόμεναι διαιτητικαὶ ἀγωγαί, ὧν ὁ ἀριθμὸς ὁσημέραι αὐξάνει, ἀλλὰ καὶ γεννᾷ δικαίας ἀμφιβολίας καὶ δυσπιστίαν εἰς τὸν οὐδέτερον παρατηρητὴν.

Διότι, τί ἄλλο σημαίνει ἡ κατὰ συχνὰ χρονικὰ διαστήματα προτεινομένη καὶ νέα θεραπεία, εἰμὴ ὅτι αἱ μέχρι τοῦδε γνωσταὶ δὲν ἀπέδωσαν ὅ,τι ἀνεμένετο ἀπὸ ταύτας; Καὶ τίς ἐκ τῶν νεωτέρων ἱατρῶν γνωρίζει ἢ λαμβάνει ὑπ' ὄψιν σήμερον τὰ διάφορα «θεραπευτικὰ» ἰδιοσκευάσματα, ἅτινα ἐχρησιμοποιοῦν οἱ παλαιότεροι συνάδελφοί των;

Ὁ παρακολουθῶν ὅμως τὰς διαφόρους δημοσιεύσεις βλέπει καθημερινῶς ἐργασίας, αἵτινες, ἀναφερόμεναι εἰς τὴν θεραπείαν τῶν ἐλκῶν διὰ διαφόρων «ἱατρικῶν» μεθόδων, ἀναβιβάζουν τὸ ποσοστὸν «λάσεων» μέχρι 100%. Οἱ δὲ ἐρχόμενοι εἰς ἐπαφὴν μὲ χειρουργικὰς κλινικὰς διαπιστώνουν, ὅτι ὁ μεγαλύτερος ἀριθμὸς κλινῶν ἔχει καταληφθῆ ἀπὸ ἀρρώστους, οἵτινες ὑπέστησαν ἢ θὰ ὑποστοῦν τὴν γαστρεκτομὴν.

Ἡ περίεργος αὕτη ἀντίθεσις—ἄριστα ἀποτελέσματα κατόπιν «ἱατρικῆς» θεραπείας ἀφ' ἑνός, πληθώρα γαστρεκτομῶν ἀφ' ἑτέρου, φαίνεται ἐκ πρώτης ὄψεως περίεργος καὶ ἀνεξήγητος.

Ἡ ἐξήγησις τοῦ φαινομένου τούτου εἶναι μολταῦτα ἀπλή. Σχεδὸν ὅλαι αἱ στατιστικαί, αἱ ἀναφερόμεναι εἰς ἄριστα ἀποτελέσματα, σφάλλουν βασικῶς, διότι εἴτε ἀγνοοῦν εἴτε δὲν λαμβάνουν ὑπ' ὄψιν ἐκεῖνο τὸ ὁποῖον ἡμεῖς ἔχομεν ὀνομάσει: τὰ «θεραπευτικὰ κριτήρια τῶν ἑλκῶν».

Διὰ τὰ κρίνειν τις τὰ εὐνοϊκὰ ἀποτελέσματα μιᾶς θεραπείας ἀφορώσης τὰ ἑλκη, εἶναι ἀπαραίτητον νὰ ἔχη συνεχῶς ὑπ' ὄψιν τὴν κλινικὴν εἰκόνα, τὴν ἀκτινολογικὴν, ἀλλὰ καὶ τὴν συνήθη ἐξέλιξιν τῆς «νόσου ἑλκος».

Ἐάν δὲ ἡ προτεινομένη θεραπευτικὴ μέθοδος κριθῆ βάσει τῶν «κριτηρίων» τούτων, θὰ διαπιστώσωμεν μετ' ἐκπλήξεως, ὅτι αἱ δῆθεν «ιάσεις» δὲν ἦσαν τίποτε ἄλλο παρά ἡ φυσιολογικὴ εἰς τὸ ἔτος ἐξέλιξις τοῦ ἑλκους.

Τὰ θεραπευτικὰ ταῦτα κριτήρια θὰ τὰ διακρίνωμεν εἰς δύο ομάδας.

- Διαγνωστικῆς φύσεως.
- Θεραπευτικῆς φύσεως.

1. Κριτήρια διαγνωστικῆς φύσεως.

α) Κλινικὰ κριτήρια. Γνωρίζομεν ὅτι τὸ ἑλκος τοῦ 12δακτύλου καὶ τοῦ στομάχου χαρακτηρίζεται κυρίως ἀπὸ πόνους ἐπερχομένους ὀλίγας ὥρας μετὰ τὰ γεύματα (1—5), σχεδὸν δὲ πάντοτε τὰς αὐτὰς διὰ τὸν αὐτὸν ἄρρωστον. Οἱ πόνοι οὗτοι εἶναι καθημερινοὶ ἐπὶ χρονικὸν διάστημα ὅπερ ποικίλλει ἀπὸ ἀρώστου εἰς ἄρρωστον, πάντως οὐχὶ μικρότερον τῆς ἑβδομάδος, σπανιώτερον πέραν τῶν δύο μηνῶν. Μετὰ ταῦτα οἱ πόνοι οὗτοι ἐξαφανίζονται αὐτομάτως καὶ ἄνευ οὐδεμιᾶς θεραπείας ἢ διαίτης. Ἐπὶ ἑβδομάδας, ἐπὶ μῆνας ἢ καὶ ἔτη, ὁ ἄρρωστος δὲν ὑποφέρει, θεωρεῖ δὲ ἑαυτὸν ἰαθέντα.

Τὸ ἑλκος, ἐπομένως, εἶναι μίαν νόσον περιοδικήν, κατὰ δὲ τὰς περιόδους ἡρεμίας, πολὺ μεγαλυτέρας διαρκείας τῆς τῶν πόνων, ὁ ἄρρωστος μας κλινικῶς κατ' οὐδὲν διαφέρει τῶν μὴ ἑλκοπαθῶν. Ἡ γνησίᾳ αὕτη περιοδικότης δὲν θέτει μόνον τὴν διάγνωσιν τοῦ ἑλκους, ἀλλὰ καὶ ἀποτρέπει ἀπὸ τοῦ νὰ ἐκλαμβάνῃ τις τὰς συνήθεις περιόδους ἡρεμίας ὡς τὸ ἀποτέλεσμα ἐφαρμοσθείσης θεραπείας.

β) Ἀκτινολογικὰ κριτήρια. Μετὰ τὴν κλινικὴν καὶ ἀκτινολογικὴν εἰκόνα τῶν ἑλκῶν ἔχομεν λεπτομερῶς ἀσχοληθῆ (βλ. Τόμος Α'). Ὑπενθυμίζομεν ἀπλῶς, ὅτι διὰ τὴν διάγνωσιν, μόνῃ ἢ ἀκτινοσκόπησις δὲν ἀρκεῖ, ἀλλ' ἀπαιτοῦνται ἀκτινογρα-

φίαι ἐν σειρᾷ, ἄρισται δὲ τεχνικῶς. Οὕτω καὶ μόνον θ' ἀποφύγωμεν νὰ χαρακτηρίσωμεν ὡς ἔλκη σπαστικές παραμορφώσεις τοῦ βολβοῦ ἐξ ἄλλων αἰτίων ἢ καὶ νὰ μὴ διακρίνωμεν ὑπάρχουσαν φωλεάν. Ἐξ ἄλλου, χάρις εἰς τὰς ἀκτινογραφίας αὐτὰς θὰ δυνηθῶμεν νὰ ἐλέγξωμεν τὰ ἀποτελέσματα ἐφαρμοσθεῖσης θεραπείας.

2. Κριτήρια θεραπευτικῆς φύσεως.

α) Κλινικὰ κριτήρια. Ἐφαρμόζεται μία θεραπεία Χ. Μετά τι χρονικὸν διάστημα ὁ ἄρρωστος ἔπαυσε νὰ ὑποφέρει. Ἡ ἐξαφάνισις τῶν πόνων ἐρμηνεύει θεραπευτικὴν ἐπιτυχίαν;

Εἰς τὰς πλείστας τῶν δημοσιευομένων ἀναλόγων παρατηρήσεων ἀναφέρεται «...κατόπιν τῆς 4ης ἢ 5ης ἐνέσεως Χ, ἢ 10 ἢ 15 ἡμέρας μετὰ τὴν χορήγησιν τοῦ ἰδιοσκευάσματος Ω, ὁ ἄρρωστος ἔπαυσε νὰ ὑποφέρει, ἢ ὄρεξις του ἐπανῆλθε, τὸ βάρος του ἠύξηθη...».

Ἄς ἀναλύσωμεν λεπτομερῶς τὸ ἱστορικὸν τοῦ ἀρρώστου τούτου. Ἐάν ἡ συνήθης διάρκεια τῶν προηγηθεισῶν τῆς θεραπείας περιόδων πόνων ἦτο λ.χ. ἐνός μηνός καὶ τὸ χρονικὸν τοῦτο διάστημα—ἤδη κατόπιν τῆς θεραπείας—ἐμειώθη εἰς 10 ἕως 15 ἡμέρας, δικαίως οὐμεθα νὰ παραδεχθῶμεν σχετικὴν εὐνοϊκὴν ἐπίδρασιν. Ἐάν ὅμως οἱ πόνοι δὲν ἐξηφανίσθησαν παρά ἀφοῦ συνεπλήρωσαν τὸ σύνθηες χρονικὸν διάστημα τοῦ μηνός, πῶς θὰ παραδεχθῶμεν εὐνοϊκὴν ἐπίδρασιν ἐφ' ὅσον καὶ ἄλλοτε, ἄνευ τῆς θεραπείας ταύτης, ἡ διάρκεια τῶν πόνων ἦτο ἡ αὐτή; Ἐάν δὲ ὁ ἄρρωστος μας δὲν ὑποφέρει πλέον, τοῦτο δὲν ὀφείλεται ἀπλούστατα εἰς τὸ ὅτι ἔληξεν ἡ περίοδος πόνων;

Ἐπακολουθεῖ ἡ φυσιολογικὴ περίοδος ἡρεμίας. Ἡ συνήθης διάρκεια τῆς, κατὰ τὸ παρελθόν, θὰ πρέπη νὰ μᾶς εἶναι γνωστή. Ἐάν εἰς τὸν ἄρρωστον τοῦτον αὕτη κυμαίνεται ἀπὸ 6 ἢ 8 ἕως 12 μηνῶν καὶ πλέον, θὰ παραδεχθῶμεν εὐνοϊκὴν ἐπίδρασιν, ἐφ' ὅσον ἡ κατόπιν τῆς θεραπείας ἐπακολουθήσασα περίοδος ἡρεμίας, ὑπερβαίνει κατὰ πολὺ εἰς διάρκειαν τὰς προηγηθείσας τοιαύτας. Δὲν ἔχομεν ὅμως τὸ δικαίωμα νὰ ὀμιλῶμεν περὶ «ἰάσεως» 2, 3, 6 ἢ καὶ 12 μῆνας μετὰ τὴν θεραπείαν, ἐφ' ὅσον καὶ ἄνευ ταύτης, κατὰ τὸ παρελθόν, ὁ ἄρρωστος εἶχε καλῶς ἐπὶ ἀνάλογον χρονικὸν διάστημα.

Ἐτερον κλινικὸν κριτήριον, τὸ ὁποῖον θὰ ληφθῆ ὑπ' ὄψιν, εἶναι ἡ γαστρορραγία. Γνωρίζομεν, ὅτι, κατόπιν μιᾶς αἱμορραγίας, λόγῳ τοπικῆς ἀφαιμάξεως, ἐξαφανίζεται ἡ φλεγμονή, τὸ οἶδημα καὶ ὁ σπασμός. Ὡς ἐκ τούτου, σχεδὸν πάντοτε, οἱ πόνοι ἐξαφανίζονται ἀμέσως, αὐτομάτως, ἢ δὲ ἐπακολουθοῦσα περίοδος ἡρεμίας παρατείνεται συνήθως πολὺ περισσότερον τῶν προηγηθεισῶν.

β) Ἀκτινολογικὰ κριτήρια. Προκειμένου περὶ ἐλκῶν τοῦ στομάχου, ἡ αὐτόματος ἢ ἡ κατόπιν θεραπείας ἐξαφάνισις τῆς φωλεᾶς ἀποτελεῖ ἀσφαλές σημεῖον καλοθελείας. Ὡς ἐκ τούτου ἀποβαίνει ἀπαραίτητος ἡ ἀκτινολογικὴ παρακολούθησις τῶν τοιούτων ἐλκῶν.

Ἡ ἐξαφάνισις ὁμως μιᾶς φωλεᾶς — στομάχου ἢ 12δακτύλου — ἐρμηνεύει πάντοτε τὴν εὐνοϊκὴν ἐπίδρασιν τῆς θεραπείας; Δηλαδή ἡ ἐξαφάνισις αὕτη ἐπετεύχθη χάρις καὶ μόνον εἰς τὴν θεραπείαν ταύτην;

Ὑπενθυμίζομεν (βλ. Τόμος Α', σ. 71), ὅτι πολὺ συχνὰ μεγάλου μεγέθους φωλεαὶ ἐξαφανίζονται συγχρόνως μὲ τὴν αὐτόματον ἐξαφάνισιν τῶν πόνων. Οὕτως εὐμεγέθης κρύπτη, ἰδίως τοῦ ἐλάσσονος τόξου τοῦ στομάχου, διαπιστωθεῖσα ἀκτινολογικῶς κατὰ τὴν περίοδον τῶν πόνων, δὲν ἀνευρίσκεται πλέον ὀλίγας ἡμέρας ἀργότερον. Τὸ φαινόμενον τοῦτο, ὡς γνωστόν, ὀφείλεται εἰς τὸ ὅτι, κατὰ τὴν περίοδον τῶν πόνων, ἡ ἐξέλκωσις συνοδεύεται ὑπὸ σειρᾶς φαινομένων: φλεγμονῆς, οἰδήματος, σπασμοῦ. Πάντα ταῦτα προσδίδουν εἰς τὴν σχετικῶς ἐπιπολῆς ἐξέλκωσιν φαινομενικὸν βάθος, ἐξ οὗ καὶ ἡ μεγάλη ἀκτινολογικὴ φωλεά. Μὲ τὴν λήξιν τῶν πόνων τὰ ἐπιπρόσθετα ταῦτα φαινόμενα ἐξαφανίζονται, παραμένει δὲ μόνον ἡ ἐπιπολῆς ἐξέλκωσις, ἣτις καὶ δὲν ἀπεικονίζεται ἀκτινολογικῶς ὡς φωλεά.

Τοῦτο φυσικὰ ἰσχύει διὰ τὰ πρόσφατα ἔλκη. Εἰς τὰ τυλῶδη, μετὰ τὴν θεραπείαν, θὰ ἐξαφανισθοῦν ἐπίσης τὰ ἐπιπρόσθετα φαινόμενα, ἢ φωλεὰ θὰ σμικρυνθῇ, χωρὶς ὁμως καὶ νὰ ἐξαφανισθῇ πλήρως, ἐφ' ὅσον τὸ ἔλκος ἔχει ἐξωτερικευθῇ. Ἀλλὰ καὶ κλινικῶς, εἰς τὰς περιπτώσεις ταύτας, σπανίως θὰ ἔχωμεν πλήρη ἡρεμίαν.

Ἡ ἐξαφάνισις ἐπομένως μιᾶς φωλεᾶς — κατόπιν θεραπείας — δὲν ἐρμηνεύει ὑποχρεωτικῶς καὶ «ἴασιν», δεδομένου ὅτι παρατηρεῖται καὶ ἄνευ τοιαύτης.

Ἄπαντες οἱ ἐλκοπαθεῖς ὡς καὶ οἱ θεωρούμενοι ὡς «ἰαθέντες» ὑπόκεινται εἰς τὰς λεγομένας «ὑποτροπὰς», αἱ ὁποῖαι ἐν τῇ πραγματικότητι δὲν εἶναι παρὰ ἡ φυσιολογικὴ ἐξέλιξις τῆς νόσου ἔλκος. Ἐπιφυλάσσουν δὲ αὗται δυσαρέστους ἐκπλήξεις, ὅταν ἐκδηλοῦνται ὡς γαστρορραγία ἢ διάρρησις, ἐν πλήρει φαινομενικῇ ἴασει.

Ἐάν, ἐπομένως, δὲν λάβωμεν ὑπ' ὄψιν τ' ἀναφερθέντα κλινικὰ καὶ ἀκτινολογικὰ κριτήρια, θὰ καταλήξωμεν εἰς συμπεράσματα βασικῶς ἐσφαλμένα.

Ἡ ἐξαφάνισις τῶν πόνων καὶ τῶν ἀκτινολογικῶν σημείων, κατόπιν θεραπείας, εἶναι μίᾳ σημαντικῇ συμβολῇ, πλὴν ὁμως πλέον ἐν-

διαφέρουσα, αλλά και ούσιώδης, θά ἦτο ἢ μὴ ἐπανεμφάνι-
σις των. Ἐάν ὁμως μελετήσωμεν προσεκτικῶς τὰς περισσοτέ-
ρας τῶν στατιστικῶν τῶν ἀναφερομένων εἰς θεραπευτικὰ ἀποτελέ-
σματα, θά διαπιστώσωμεν μετ' ἐκπλήξεως ὅτι αὐταὶ ἀναφέρονται
εἰς περιπτώσεις διατελούσας ὑπὸ θεραπείαν ἀπὸ ἐλαχίστων μηνῶν
ἂν μὴ καὶ ἀπὸ ὀλίγων ἡμερῶν, ὡς ἔχομεν διαπιστώσει εἰς σχετικὴν
στατιστικὴν. Εἰς ταύτας οὐδέποτε ἢ σπανίως ἀναφέρεται ἡ διάρκεια
τῶν προγενεστέρων περιόδων πόνων ἢ ἡρεμίας. Ἀναφέρουν ὁμως
ἄρκετὰ συχνὰ «ὑποτροπὰς», αἱ ὁποῖαι, ὡς εἶδομεν, δὲν εἶναι παρὰ ἡ
φυσιολογικὴ ἐξέλιξις τοῦ ἔλκουσ.

Ἐν συμπεράσματι, ἐπομένως, πρὶν ἢ ὁμιλήσωμεν περὶ «ἰάσεως»,
θά πρέπει νὰ εἴμεθα βέβαιοι, ὅτι πράγματι πρόκειται περὶ ἔλκουσ.
Ἐν συνεχείᾳ θά πρέπει νὰ παραδεχθῶμεν, ὅτι μία αἰτιολογικὴ θερα-
πεία ὀφείλει νὰ ἐκπληροῖ σκοπὸν διπλοῦν: νὰ ἐξαφανίσῃ
τὸ ἔλκος, ἀλλὰ καὶ νὰ ἐμποδίσῃ τὴν ἐπα-
νεμφάνισίν του. Ὁ ἔλκοπαθὴς θά παρακολουθεῖται κλινι-
κῶς καὶ ἀκτινολογικῶς ἐπὶ πολὺ χρονικὸν διάστημα μετὰ τὴν θερα-
πείαν — ἐπὶ μίαν τοῦλάχιστον πενταετίαν διὰ τινὰς συγγραφεῖς —
πρὶν ἢ ἀποφανθῶμεν περὶ «ἰάσεως».

Διὰ τὴν καλλιτέραν παρακολούθησιν καὶ κριτικὴν μελέτην τῶν
ἀποτελεσμάτων μιᾶς θεραπείας ἔχομεν προτείνει ἀπὸ πολλοῦ τὴν
σχηματικὴν ἀναπαράστασιν ἐκάστης περιπτώσεως ἔλκουσ.
Καὶ τοῦτο, διότι πρεσβεύομεν ὅτι τὸ ἱστορικὸν κάθε ἔλκοπαθοῦς πρέ-
πει νὰ εἶναι χρονολογικόν, ὁπότε μελετᾶται καὶ συγκρί-
νεται ἡ διάρκεια ἐκάστης περιόδου πόνων καὶ ἡρεμίας, πρὸ, κατὰ
καὶ μετὰ τὴν θεραπείαν.

Πρὸς τοῦτο ἡ καλλιτέρα μέθοδος εἶναι ἡ ἀναγραφή ἐπὶ ἐνὸς
σχήματος, τῆς ἐξελίξεως, τῆς διαρκείας τῶν περιόδων αὐτῶν, εἰς ὃ νὰ
σημειοῦται καὶ ὁ χρόνος ἐνάρξεως τῆς θεραπείας (βλ. Τόμος Α', σελ. 54).

Ἴδου ἓν παράδειγμα:

* Ἀρρωστὸς τις παρουσιάζει μίαν πρώτην περίοδον πόνων διαρκείας
ἐνὸς μηνός. Ὡς συνήθως, ἄνευ οὐδεμιᾶς θεραπείας, ἐπακολουθεῖ μία περί-
οδος ἡρεμίας διαρκείας 14 μηνῶν, ὁπότε ἐμφανίζεται νέα περίοδος πόνων.
Κατὰ ταύτην ἐφαρμόζεται μία θεραπεία Χ, τὴν εἰκοστὴν ἡμέραν ἀπὸ τῆς
ἐκδηλώσεως τῶν πόνων. Μετὰ δεκαήμερον οὗτοι ἐξαφανίζονται καὶ ἀπὸ πέντε
ἤδη μηνῶν ὁ ἄρρωστος ἔχει καλῶς. Ποῖον τὸ συμπέρασμα; Κατ' ἀρχὴν εἶ-
ναι λίαν ἀμφίβηλον, ἐάν ἡ θεραπεία αὕτη ἐπέδρασεν ἐπὶ τῶν πόνων, ἐφ'
ὅσον ἡ συνολικὴ διάρκειά των ἦτο ἐνὸς μηνός, ὅσον δηλαδὴ καὶ προηγου-
μένως, ἄνευ θεραπείας. Δεύτερον, πέντε μῆνας μετὰ τὴν θεραπείαν, ὁ ἄρ-
ρωστος ἐξακολουθεῖ ἔχων καλῶς. Δυνάμεθα ν' ἀποδώσωμεν τοῦτο εἰς τὴν

θεραπείαν; Ἀσφαλῶς ὄχι, διότι ἄλλοτε, ἄνευ οὐδεμιᾶς θεραπείας, εἶχε καλῶς ἐπὶ ἕξ καὶ ἄλλοτε 14 μῆνας. Θὰ πρέπη, ἐπομένως, ν' ἀναμείνωμεν πολλοὺς μῆνας εἰσέτι, πρὶν ἢ ἀποφανθῶμεν περὶ οἰουδήποτε εὐνοϊκοῦ ἀποτελέσματος.

Ἡ γραφικὴ αὕτη μέθοδος, δι' ἧς ἀναπαρίσταται ἡ κλινικὴ ἐξέλιξις ἑνὸς ἔλκουσ, μᾶς πληροφορεῖ περὶ τῶν θεραπευτικῶν ἀποτελεσμάτων μιᾶς μεθόδου Χ, καὶ διὰ τῆς συγκρίσεως τῶν διαφόρων περιόδων πόνων καὶ ἡρεμίας μᾶς ἀποδεικνύει ἀμέσως κατὰ πόσον εἶναι καὶ ἀποτελεσματικὴ.

Οὕτω θὰ δοθῇ ἀπάντησις εἰς ἐρωτήματα αὐτομάτως προκύπτοντα:

— Ἡ προτεινομένη θεραπεία ἔχει ἐπίδρασιν τινα ἢ πρόκειται ἀπλῶς περὶ συμπτώσεως λόγῳ περιοδικῆς ἐξελιξέως τοῦ ἔλκουσ;

— Ἡ ἐπίδρασις εἶναι συμπτωματικὴ καὶ ἀνάλογος μὲ τὴν τῶν παυσιπόνων, ὅπως λ.χ. τῆς ἀτροπίνης, μορφίνης κ.λ.π.;

— Ἡ ἐφαρμοσθεῖσα θεραπεία ἐπηρεάζει τὴν περίοδον πόνων, ἐξαφανίζει τὰ κλινικὰ καὶ ἀκτινολογικὰ σημεῖα καὶ ἐμποδίζει τὴν ἐπανεμφάνισιν τῶν ἅμα τῷ πέρατι τῆς θεραπείας;

— Ἐχει οἰανδήποτε ἐπίδρασιν ἐπὶ τῆς «νόσου ἔλκουσ», ἐπιμηκύνει τὰς περιόδους ἡρεμίας;

— Ἐχει θεραπευτικὴν ἀξίαν καὶ εἶναι δυνατόν διὰ τῆς μεθόδου ταύτης νὰ παρεμποδισθῇ μελλοντικῶς ἡ ἐπανεμφάνισις τῶν κλινικῶν καὶ ἀκτινολογικῶν σημείων;

Μόνον ἡ σαφὴς ἀπάντησις εἰς τὰ ἐρωτήματα ταῦτα θὰ θεωρηθῇ καὶ ὡς ἀπόδειξις τῆς πραγματικῆς ἀξίας μιᾶς οἰασδήποτε θεραπείας στρεφομένης κατὰ τῆς νόσου ἔλκουσ, νόσου γενικῆς μὲ τοπικὴν ἐκδήλωσιν τὴν ἐξέλκωσιν, νόσου ἐμφανιζομένης ἀποτόμως καὶ ὑποτροπιαζούσης ὡς εἰς ἔρπησ ἢ μίαν κνίδωσιν. Θὰ πρέπη δὲ νὰ ἔχωμεν πάντοτε ὑπ' ὄψιν τὸν ἰδιάζοντα τοῦτον χαρακτήρα τῆς «νόσου ἔλκουσ», ὡσάκις μελετῶμεν μίαν οἰανδήποτε θεραπείαν.

* * *

«Παρά τὰ κύματα αἰσιοδοξίας μὲ τὰ ὁποῖα τὸ ποτίζουσι, τὸ θεραπευθὸν τὸ ἔλκος φυτὸν δὲν ἦνθησεν ἀκόμη».

Ἡ ἀπαισιόδοξος αὕτη φράσις τοῦ R. A. Guilmann ἀντικατοπτρίζει τὸ χάος, τὸ ὁποῖον ἐπικρατεῖ εἰς τὴν φαρμακευτικὴν καὶ διαιτητικὴν ἀγωγὴν τοῦ ἔλκοπαθοῦσ. Λόγῳ δὲ τῆς συγχύσεως ταύτης, πολλοὶ ἰατροὶ ἠπλοποίησαν τὸ θέμα τοῦτο διερωτώμενοι: «ἐγχειρήσις ἢ ὄχι»;

Μία ὁμῶς ἐγχειρητικὴ ἐπέμβασις συνεπάγεται εὐθύνας καὶ βαρείας συνεπείας, ἐὰν δὲν βασιζέται ἐπὶ σοβαρῶν δεδομένων. Ὡς ἐκ

τούτου τὸ ἄνω ἐρώτημα μετατρέπεται εἰς τὸ ἐξῆς: ποῖον ἄρρωστον καὶ πότε πρέπει νὰ τὸν χειρουργήσωμεν;

Ἐκ τινῶν ἐτῶν ἡ θεραπεία τοῦ ἔλκουσ ἔχει περισσότερον συστηματοποιηθῆ. Ὑπάρχουν ὠρισμένοι κανόνες, λόγῳ τῶν ὁποίων ὁ ὑπερβολικὸς ἐνθουσιασμὸς ἐναντι ὠρισμένων φαρμάκων ἢ μεθόδων ἐμειώθη αἰσθητῶς, ὡς συνέβη καὶ διὰ τὰ ἀποτελέσματα ὠρισμένων χειρουργικῶν ἐπεμβάσεων. Ὡς ἐκ τούτου θὰ ὑποδείξωμεν μόνον τὰ μέσα ἐκεῖνα, ἅτινα ἐκ πείρας θεωροῦμεν ὡς σ υ μ β ὀ λ ὄ ν τ α εἰς τὴν θεραπείαν τοῦ ἔλκουσ.

Α' Προτεινόμεναι θεραπείαι.

1. Διαιτητικὴ ἀγωγή. Χρησιμεῖει περισσότερον εἰς τοὺς γαστρικοὺς παρά εἰς τοὺς ἀμιγεῖς ἔλκοπαθεῖς. Συνιστᾶται βεβαίως ἡ ἀποφυγὴ ὠρισμένων δυσπέπτων τροφῶν, τῶν τηγανητῶν, τῶν καρυκευμάτων, τοῦ ὄξους κ.λ.π. Κατὰ γενικὸν κανόνα θὰ ἀποφεύγεται ὅ,τι προκαλεῖ ὑπερέκκρισιν τοῦ στομάχου, ὅταν οὗτος εἶναι κενός. Ἀπαγορεύονται ἐπομένως τὰ ὄρεκτικά, ὁ ζῶμος κρέατος, τὰ οἴνοπνευματώδη ποτά. Θὰ ἐπιμείνωμεν ἰδίως ἐπὶ δύο ἀπαγορεύσεων:

— Τοῦ καφέ, ὅστις εἰς κενὸν στόμαχον προκαλεῖ ἄφθονον ὑπερέκκρισιν.

— Τοῦ καπνίσματος, ἐπιτρεπομένου μόνον μετὰ τὰ γεύματα, μὲ πεπληρωμένον στόμαχον.

Ἐπὶ περιπτώσεων πόνων ἐξαιρετικῆς δριμύτητος συνιστᾶται ἡ κλινήρης ἀνάπαυσις ὡς καὶ ἡ ἐπὶ 2 - 3 ἡμέρας — οὐχὶ περισσότερον — ἀπόλυτος γαλακτοτροφία, κρέμα κλπ.

Ἐνδείκνυται ὡσαύτως, λόγῳ τῶν πολὺ καλῶν ἀποτελεσμάτων, ὡς ἔχομεν διαπιστώσει, ἡ χορήγησις ὑδρολυθεισῶν πρωτεΐνων (Amigen, Ledigen), ὡς καὶ ἡ χορήγησις νωποῦ βουτύρου, διότι τοῦτο ἀναστέλλει τὴν γαστρικὴν ἔκκρισιν. Ταχύτατα ὁμως θὰ ἐπανέλθωμεν εἰς τὴν κανονικὴν δίαιταν.

2. Προστασία τοῦ γαστρικοῦ βλεννογόνου. Ἐξ ὄλων τῶν προστατευτικῶν μέσων τούτου, ἐξακολουθεῖ νὰ κυριαρχῆ τὸ βισμουθιον, ὑπονιτρικόν ἢ ἀνθρακικόν. Τοῦτο καλύπτει τὸν βλεννογόνον, ἐλαττώνει τὴν ὀξύτητα, δρᾷ ὡς ἀντισηπτικόν, ἀπορροφᾷ τὰ ἀέρια, παρεμποδίζει τὰς ζυμώσεις, καταπραΰνει τὸν ἐρεθισμὸν τῶν νεύρων τοῦ στομάχου, ἀναστέλλει τὴν κινητικότητα καὶ εὐνοεῖ τὴν ἐπούλωσιν τοῦ ἔλκουσ. Δόσις: 5 γρ.

τρεις ημερησίως ή εις μίγμα με άλλας αδρανεις κόνεις. Το μέγα μειονέκτημα του βισμούθιου είναι ή ύψηλή τιμή του.

— Το υδροξειδιον του άργιλιου (κόνις, δισκία, γαλάκτωμα, έναιώρημα) χορηγείται έν συνδυασμῶ μετά του βισμούθιου ή μεταγενεστέρως, 'Η συνεχής χρήσις του προκαλεί φαινόμενα άλκαλώσεως και έντονον δυσκοιλιότητα.

— Το διττανθρακικόν νάτριον λόγω της δευτεροπαθοῦς υπερεκκρίσεως, αλλά και της γαστρίτιδος ήν δύναται να προκαλέση, χρησιμοποιείται μόνον έν συνδυασμῶ με άλλας αδρανεις κόνεις.

— Τα ίόντα ρητίνης (resinat, resinion) παρουσιάζουν σημαντικόν θεραπευτικόν ένδιαφέρον. Ταῦτα δεσμεύουν το HCl, έλαττώνουν την πεπτικήν επίδρασιν, ένισχύουν την έκκρισιν βλέννης και δέν προκαλοῦν άλκαλώσιν ή δυσκοιλιότητα. Κατόπιν ήμετέρων πειραματικῶν έρευνῶν άπεδείχθη, δι ταῦτα έξουδετερώνουν την γαστρικήν όξύτητα την προκληθεΐσαν κατόπιν ένέσεως Ισταμίνης. Χορηγοῦμεν ταῦτα δύο ώρας πρό ή μετά έκαστον γεῦμα.

— Διάλυμα Collargol 3%. 'Ενδεικνυται κυρίως όσάκις συνυπάρχει γαστρίτις. 'Εν κοχλιάριον του καφέ εις έν κοχλ. σούπας ύδατος, ήμισιαν ώραν πρό έκάστου γεύματος.

3. Σπασμολυτικά. Σκοπόν έχουν την καταπράνσιν τῶν πόνων, την έλάττωσιν της όξύτητος του γαστρικοῦ ύγρου, την καλλιτέραν εις αίμα άρδευσιν τῶν τοιχωμάτων του στομάχου, — τρεις παράγοντες συμβάλλοντες εις την έπούλωσιν του έλκουσ.

— 'Η Belladone κυριαρχεί όλων τούτων, λόγω του εύκόλου χειρισμοῦ. Χορηγοῦνται 10 - 20 σταγόνες βάμματος εύθαλείας, μεσημέρι και βράδυ, πρό τῶν γευμάτων.

— 'Η άτροπίνη ένδεικνυται κυρίως εις τοῦς όξεις πόνους και χορηγείται ένδοφλεβίως, έν συνδυασμῶ συνήθως μετά βρωμιούχου άσβεστίου ή βρωμιούχου νατρίου ή και γλυκονικοῦ άσβεστίου.

— Τα γαγγλιοπληγικά έχουν έκδηλον ανασταλτικήν επίδρασιν επί τῶν πνευμονογαστρικῶν. Τα άνήκοντα εις την ομάδα της Banthine δροῦν επί τῶν γαγγλιακῶν συνάψεων του συμπαθητικοῦ και του παρασυμπαθητικοῦ. 'Η δράσις των έπομένως είναι πληρεστέρα της τῶν κλασσικῶν άτροπινικῶν φαρμάκων. "Ηδη χρησιμοποιοῦν διάφορα παράγωγα της βρωμομεθυλοτετραμίνης, όπως το Antrenyl και ή Pro - Banthine.

'Όσάκις όμως χορηγοῦμεν ταῦτα, δέον να έχωμεν υπ' όψιν μίαν

ἀπόλυτον ἀντένδειξιν: τὸ γλαύκωμα. Ἄλλὰ καὶ ἄτομα μὴ πᾶσχοντα ἐκ γλαυκώματος δεικνύουσιν ἐνίοτε ἰδιαιτέραν εὐαίσθησιν πρὸς τὰ ἀτροπινικὰ φάρμακα. Εἰς τὰς ὀξείας κρίσεις τὰ ὡς ἄνω δόσον νὰ χορηγῶνται ἐνδομυϊκῶς (25 χιλ. γραμ.).

— Ἡ χλωροπρομαζίνη (Largactil) ἔχει ἀξιοσημεῖωτον ἐπίδρασιν ἐπὶ τῶν πόνων τοῦ ἔλκοπαθοῦς. Χορηγεῖται εἰς τὴν δόσιν τῶν 12,5 χιλ. γραμ. (ἡμισυ δισκίον) καὶ ἀναλόγως τῶν ἀντιδράσεων — ὑπνηλία, ἱλιγγοί — δύο ἕως ἕξ φορές ἡμερησίως. Δύναται νὰ χορηγηθῇ καὶ παρεντερικῶς.

4. Παρεντερικὴ θεραπεία ἐχοσ ἢ ἀπευσιοθητοποιήσεως. Ἡ πλέον ἐνδεικνυομένη, ἡ μόνη ἥτις μέχρι καὶ σήμερον ἀκόμη δίδει τὰ πλέον ἱκανοποιητικὰ ἀποτελέσματα, εἶναι ἡ ἐνδοφλέβιος πρωτεΐνοθεραπεία. Ταύτην, κατόπιν τριετοῦς μελέτης, ἐπροτείναμεν τὸ 1936 μετὰ τοῦ διδασκάλου μας R. A. Gutmann. Ἡ μέθοδος αὕτη ἔχει πλέον γίνει γενικῶς παραδεκτὴ ἐν τῷ ἐξωτερικῷ, εἶναι δὲ καὶ ἡ μόνη ἥτις ἐφαρμόζεται εἰς τὴν λεγομένην «θεραπευτικὴν δοκιμασίαν», προκειμένου νὰ γίνῃ ἡ διαφορικὴ διάγνωσις μεταξὺ ἔλκουσ καὶ καρκίνου τοῦ στομάχου (βλ. Τόμος Α', σ. 336).

Ἐν τῇ Β' Παθολογικῇ Κλινικῇ τοῦ Πανεπιστημίου, ὅπου ἀπὸ ὀκταετίας ἐφαρμόζομεν τὴν πρωτεΐνοθεραπείαν, αὕτη ἐξακολουθεῖ ν' ἀποδίδῃ τὰ πλέον ἱκανοποιητικὰ ἀποτελέσματα. Διευκολύνει τὴν ἐπούλωσιν τοῦ ἔλκουσ, δρᾷ ἐστιακῶς, ἐπηρεάζει τὸν τόνον τοῦ παρασυμπαθητικοῦ καὶ τοῦ συμπαθητικοῦ.

Χρησιμοποιοῦνται διάφορα προϊόντα, ὅπως μία γαλακτοπρωτεΐνη (Lactoclose) ἢ ἡ παγκρεατικὴ πεπτόνη καζεΐνης (Aminoseryl). Ὅσᾱκις δὲν ἀνευρίσκομεν ταῦτα, χρησιμοποιοῦμεν τὸ Propidon, ἐνδοφλεβίως, ὡς ἤδη ἐξετέθη (βλ. σελ. 170), ἢ ἐνέσεις γάλακτος ἐνδομυϊκῶς.

— Ἡ ἱσταμίνη χρησιμοποιεῖται ὑπὸ τινῶν εἰς λίαν μικρὰς δόσεις, ὑποδορῶς (Théramine).

— Ἡ ἱστιδίνη, ἥτις ἐχρησιμοποιήθη ἐπὶ ἔτη, δὲν ἀπέδωσε σημαντικὰ ἀποτελέσματα καὶ ὡς ἐκ τούτου ἔχει ἐγκαταλειφθῆ.

5. Εἰδικὴ παθογενετικὴ θεραπεία. Βάσει ὀρισμένων θεωριῶν ἢ ἀντιλήψεων, προτάθησαν καὶ ἀντίστοιχα φάρμακα, ἰδίως ὁρμόναι, μετὰ ἀπώτερον σκοπὸν τὴν τροποποίησιν τοῦ «ἐδάφους» καὶ τὴν ρύθμισιν ὀρισμένων νευρο-ὁρμονικῶν διαταραχῶν.

— Ἡ ὠοδυλακίνη ἐχορηγεῖτο εἰς ὄλους ἀνεξαιρέτως τοὺς

έλκοπαθεις, κατόπιν τών ἐξῆς παρατηρήσεων: α) τὸ ἔλκος εἶναι συχνότερον εἰς τὸν ἄνδρα, β) κατὰ τὴν κύησιν πολλαὶ ἔλκοπαθεις ἔπαυον νὰ ὑποφέρουν μέχρι καὶ τοῦ τοκετοῦ, ὁπότε οἱ πόνοι ἐπανήρχοντο ὡς καὶ πρότερον, γ) κατὰ τὴν ἐφηβικὴν ἡλικίαν ἢ σχέσις ἔλκοπαθῶν ἀνδρῶν καὶ γυναικῶν εἶναι ἡ αὐτή, καὶ δ) ἡ ὠοθυλακίη προκαλεῖ ἀγγειοδιαστολήν.

Ἡ χορήγησις ὁμως ταύτης ἀδιακρίτως εἰς ὅλους τοὺς ἔλκοπαθεις ἀποβαίνει ἐπικίνδυνος, δι' ὃ καὶ ἐγκατελείφθη, ἐφ' ὅσον ὅλοι οἱ ἄρρωστοὶ δὲν παρουσιάζουν ἔλλειψιν ὠοθυλακίης. Πιθανὸν νὰ ἐνδείκνυται εἰς τὸν ἄνδρα μὲ ὑπερλειτουργικὸν ὄρχιτικὸν σύνδρομον. Ἄντενδείκνυται ὁμως εἰς τὴν γυναῖκα μὲ ὑπερλειτουργίαν ὡς καὶ εἰς τὸν ἡλικιωμένον ἔλκοπαθῆ.

— Τὸ ἐκχύλισμα παραθυρεοειδοῦς ἀδένου, ἐν συνδυασμῷ μετὰ γλυκονικοῦ ἀσβεστίου, ἔχει ἀποδείξει καλὴν ἐπίδρασιν, ἰδίως εἰς τὰς περιπτώσεις ὅπου ἐπικρατοῦν φαινόμενα γαστρίτιδος.

— Ἡ ἐντερογαστρονία, ἢ οὔρογαστρονία (βλ. Τόμος Α', σελ. 34) δὲν εὔρον εἰσέτι πρακτικὴν ἐφαρμογήν. Ὑπενθυμίζομεν ὅτι ἡ Κορτιζόνη, τὸ A.C.T.H., ἀντενδείκνυται ἀπολύτως ὡς προκαλοῦντα αἱμορραγίας κ.λ.π.

— Τὸ μικτὸν ἐκχύλισμα στομάχου καὶ λεπτοῦ ἐντέρου παρουσιάζει πολὺ περισσότερον ἐνδιαφέρον. Πειραματικῶς ἀπέδειξε προστατευτικὸν ρόλον ἐπὶ τῶν ἐλκῶν. Τὸ παρασκευάσμα τοῦτο, γνωστὸν ὑπὸ τὸ ὄνομα Robuden, ὑπάρχει εἰς δύο διαφόρους συνθέσεις. Ἡ πρώτη περιέχει ἐκχύλισμα στομάχου 70% + ἐκχύλισμα ἐντέρου 30% καὶ ἐνδείκνυται ἐπὶ ἐλκῶν τοῦ στομάχου. Ἡ δευτέρα περιέχει ἐκχύλισμα στομάχου 30% + ἐκχ. ἐντέρου 70% καὶ ἐνδείκνυται ἐπὶ ἐλκῶν τοῦ 12δακτύλου. Χορηγοῦνται συγχρόνως καὶ δισκία περιέχοντα ἴσην ἀναλογίαν ἐξ ἐκάστου ἐκχυλίσματος.

Πειραματιζόμενοι μὲ τὸ ὡς ἄνω ἐκχύλισμα ἐπὶ κυνῶν, εἰς οὓς πρῶτοι μετὰ τοῦ Καθηγητοῦ κ. Ν. Χρηστάκα καὶ τῶν συναδέλφων Ὑψηγητῶν κ.κ. Π. Χρυσοσπάθη καὶ Ν. Παπαχαλαράμπους ἐδημιουργήσαμεν τυπικὰ ἔλκη τοῦ στομάχου κατόπιν παρεντερικῆς καὶ per os χορηγήσεως φαινύλ—βουταζόνης, κατωρθώσαμεν νὰ προστατεύσωμεν τὰ ζῶα ταῦτα. Πράγματι, διὰ τῆς συγχρόνου χορηγήσεως τοῦ μικτοῦ τούτου ἐκχυλίσματος ἀπεφεύχθη εἰς μεγάλην ἀναλογίαν ἡ παραγωγή ἐλκῶν.

6. Ψυχοσωματικὴ θεραπεία. Ὁ ψυχικὸς παράγων,

εις τὸν ἔλκοπαθῆ, δὲν εἶναι ἀμελητέος, ἂν καὶ συζητεῖται κατὰ πόσον τὸ ψυχικὸν αὐτὸ ὑπόστρωμα ὑπάρχει εἰς ὄλους τοὺς ἀρρώστους τούτους ἢ ἂν ὁ παράγων αὐτὸς εἶναι καὶ ὁ μόνος σημαντικὸς εἰς τὴν δημιουργίαν τοῦ ἔλκου. Δι' ὃ καὶ ἡ «θεραπεία τοῦ ὕπνου» δὲν ἐφαρμόζεται παρὰ εἰς εἰδικὰς μόνον περιπτώσεις. Ὅσον ἀφορᾷ τὰς ὑποδείξεις περὶ ἡρέμου βίου, περὶ ἀποφυγῆς τῶν συγκινήσεων, τῶν ἐκνευρισμῶν κ.λ.π., αὗται βεβαίως εἶναι ὀρθαί, πολῦτιμοι καὶ ἰσχύουσι ὄχι μόνον διὰ τοὺς ἔλκοπαθεῖς, ἀλλὰ δι' ὄλους, ἀρρώστους καὶ μὴ...

Β' Πρακτικὴ ἐφαρμογὴ τῶν ἀντιελκωτικῶν φαρμάκων.

Ἄνεφέραμεν πολλὰ φάρμακα καὶ πολλὰς μεθόδους. Ἐν τῇ πράξει ὅμως θὰ πρέπη νὰ ἐκλέξωμεν τὰ πλέον εὐχρηστα καὶ τὰ πλέον ἀποδοτικά. Ὡς ἐκ τούτου θὰ διακρίνωμεν δύο στάδια θεραπείας τῶν ἔλκοπαθῶν: α) κατὰ τὴν περίοδον τῶν πόνων, β) κατὰ τὴν περίοδον ἡρεμίας.

1. Θεραπευτικὴ ἀγωγὴ κατὰ τὴν περίοδον τῶν πόνων.

— Πόνοι λίαν ὀριμεῖς: κλινήρης κατάκλισις οὐχὶ πέραν τῆς ἑβδομάδος. Ὑδρολυθεῖσα πρωτεΐνη (Amigen, Ledipac), ἐξ ἕως ὀκτῶ κοχλιάρια σούπας ἡμερησίως ἐντὸς γάλακτος ἢ χλιαροῦ ὕδατος.

α) Ἐνδοφλεβίος πρωτεΐνοθεραπεία. Ἡμέραν παρ' ἡμέραν.

— Lactoclastase: $\frac{1}{3}$ c.c., 1 c.c., $1\frac{1}{2}$ c.c. 2 c.c., 3 c.c., 4 c.c., 5 c.c.
Σύνολον ἐνέσεων: 20 - 30.

— Aminoseryl: $\frac{1}{2}$ c.c., 1 c.c., $1\frac{1}{2}$ c.c. 2 c.c. Σύνολον ἐνέσεων 20-30.

— Propidon. Κατὰ σταγόνας, ὡς ἐξετέθη, ἐνδοφλεβίως.

— Ampoules de lait: 5 c.c.

Ἐνδομυϊκῶς, προοδευτικῶς ἀπὸ $\frac{1}{2}$ - 5 c.c.

β) Τὰς ἐνδιαμέσους ἡμέρας:

Sulfate neutre d'atropine	—	$\frac{1}{2}$ mgr.
Bromure de sodium	—	0 gr. 50.
Bromure de calcium	—	0 gr. 50.
Eau bi-distillée		q. s. 10 c.c.

Pour une ampoule stérile. Μίαν φύσιγγα ἐνδοφλεβίως.

Ἀπὸ τοῦ στόματος θὰ χορηγήσωμεν:

Sous-nitr ή carb. de bismuth - 5 gr.

pour un paquet

τρία ἡμερησίως, $\frac{1}{2}$ ὥραν πρὸ ἐκάστου γεύματος.

Carb. ή Sous - nitr. de bismuth	}	à à
Phosphate tricalcique		
Carbonate de chaux précipité léger	}	30 gr.
Bicarbonat de soude		
Charbon animal	}	
Kaolin		
Magnésie hydratée		15 gr.
Poudre de belladone		0 gr. 40
Codéine		0 gr. 20

Κατά κοχλιάρια τοῦ καφέ, πρὸ τῶν γευμάτων (4 - 6 ἡμερησίως).

Ἐάν ἡ ἔνδοφλέβιος χορήγησις ἀτροπίνης δὲν γίνῃ ἀνεκτὴ - οὐδέποτε ἔσχομεν δυσάρεστα συμβάματα— δυνάμεθα νὰ χορηγήσωμεν διὰ τοὺς δριμύεις πόνους Largactil ὡς καὶ σπασμολυτικά. Ἐπίσης Robuden, ἀνά δύο φύσιγγας ἔνδομυϊκῶς.

Ἐάν συνυπάρχῃ φλεγμονή, λευκοκυττάρωσις κλπ. ὁ συνδυασμὸς πενικιλίνη - στρεπτομυκίνη ἀποβαίνει ἀποτελεσματικὸς, ἰδίως εἰς περιπτώσεις φλεγμονώδους στενώσεως τοῦ πυλωροῦ.

2. Θεραπευτικὴ ἀγωγή κατὰ τὴν περίοδον ἡρεμίας.

Κατὰ αὐτὴν τὸ πλεῖστον τῶν ἔλκοπαθῶν θεωρεῖ περιττὴν τὴν συνέχισιν οἰασδήποτε θεραπείας. Καὶ ὅμως κατ' αὐτὴν πρέπει νὰ ἐντείνωμεν τὰς προσπάθειάς μας μὲ ἀντικειμενικὸν σκοπὸν τὴν παρεμπόδισιν τῆς ἐπανεμφανίσεως τῶν κλινικῶν καὶ ἀκτινολογικῶν σημείων. Πρέπει νὰ διακόψωμεν τὸν κύκλον τῆς «νόσου ἔλκος», διότι οὕτω καὶ μόνον θὰ ἐπιτευχθῇ ἡ ἴασις.

Ἡ θεραπεία τοῦ ἔλκοπαθοῦς θὰ εἶναι μακρᾶς διαρκείας, τοῦλάχιστον δύο ἐτῶν καὶ παρὰ τὸ γεγονός ὅτι οὗτος δὲν ὑποφέρει πλέον. Ἡ θεραπεία αὕτη θὰ εἶναι ἀνάλογος μὲ τὴν παλαιάν ἀντισυφιλιδικὴν τοιαύτην, ἀπὸ ἀπόψεως χρόνου.

Θ' ἀναζητηθῇ ὁ πιθανὸς ὑπεύθυνος παράγων, ἀλλὰ σπανίως θ' ἀνευρεθῇ. Ὡς ἐκ τούτου ἡ συντηρητικὴ θεραπεία θὰ περιλαμβάνῃ:

— Δύο ἐτησίως σειρὰς ἔνδοφλεβίου πρωτεΐνοθεραπείας, ἐξ 20—30 ἐνέσεων ἐκάστη.

— Δύο ἐτησίως σειρὰς γαστρο - εντερικοῦ ἐκχυλίσματος ἐξ 20 (διπλῶν) ἐνέσεων ἐκάστη.

— Ἐνδιαμέσους σειρὰς βισμούθιου, σπασμολυτικῶν, ἰόντων ρητίνης κ.λ.π.

Ἐπομένως θὰ συστήσωμεν:

1) Lactoclastase ἢ Aminoseryl ἢ Propidon ἢ ἔνδομυϊκῶς γάλα. Ἡμέραν παρ' ἡμέραν, σύνολον 20 ἐνέσεων.

2) Τὰς ἐνδιαμέσους ἡμέρας:
Βισμούθιον καὶ σπασμολυτικά.

3) Διακοπὴ ἑνὸς μηνός.

4) Robuden. Δύο φύσιγγες, ἔνδομυϊκῶς καθ' ἐκάστην ἐπὶ 20 ἡμέρας. Ἐν συνεχείᾳ τρία δισκία Robuden ἡμερησίως ἐπὶ δύο μῆνας.

5) Έν συνεχείᾳ: Ἴοντα ρητίνης (Resinat, Resinon), ἕξ κάψουλες ἡμερησίως (δύο ὥρας πρὸ ἢ μετὰ ἕκαστον γεῦμα, ἐπὶ ἓνα μῆνα).

6) Ἐπὶ ἓνα μῆνα σπασμολυτικά μετὰ ἕξ δισκίων ἡμερησίως ὕδροξ. τοῦ ἀργιλίου.

7) Δευτέρα σειρά πρωτεΐνοθεραπείας.

8) Διακοπὴ ἐπὶ ἓνα μῆνα.

9) Δευτέρα σειρά γαστρο - εντερικοῦ ἐκχυλίσματος.

Ἐπενθυμίζομεν ὅτι εἰς περίπτωσιν ἔλκους τοῦ στομάχου μόνον ἢ ἐξαφάνισις τῶν ἀκτινολογικῶν σημείων θὰ μᾶς ἐπιτρέψῃ τὴν συνέχισιν τῆς φαρμακευτικῆς θεραπείας. Ἐν ἐναντίᾳ περιπτώσει καὶ παρὰ τὸ γεγονός ὅτι ὁ ἄρρωστος δὲν ὑποφέρει, ἢ παραμονὴ τῶν ἀκτινολογικῶν σημείων εἶναι ἀπόλυτος ἐνδειξις ἀμέσου γαστρεκτομῆς.

* * *

Πότε θὰ χειρουργήσωμεν τὸν ἔλκοπαθῆ;

— Ὅταν, παρὰ τὴν συστηματικὴν καὶ μακροχρόνιον (2 - 3 ἔτη) θεραπείαν, οὗτος ἐξακολουθῇ νὰ ὑποφέρῃ. Πρόκειται πιθανώτατα περὶ ἐξωτερικευθέντος ἔλκους. Εἰς περίπτωσιν ἔλκους τοῦ στομάχου θὰ ὑποπτευθῶμεν τὴν πιθανὴν ἐξαλλαγὴν ἢ τὸν πρωτοπαθῆ καρκίνον, τὸν ὑποδυόμενον τὸ ἔλκος, ἐάν πόνος καὶ φωλεὰ δὲν ἐξαφανισθοῦν μετὰ τὴν πρωτεΐνοθεραπείαν.

— Εἰς περίπτωσιν ἀρχομένης καὶ μὴ ὑποχώρουσης στενώσεως τοῦ πυλωροῦ.

— Εἰς περίπτωσιν ἐπανελημμένων γαστρορραγιῶν.

Ἐρισμέναι κοινωνικαὶ ἐνδείξεις δύνανται νὰ ἐπιβάλλουν τὴν γαστρεκτομήν :

— Λόγοι οἰκονομικοί. Ἄδυναμία ἐκτελέσεως μιᾶς θεραπείας πληρωμῆς νοσηλείων κ.λ.π.

— Λόγοι ἐπαγγελματικοί. Ναυτικοί, ταξιδιωταί. Κάτοικοι χωρίων στερουμένων τῶν πρώτων βοηθειῶν (γαστρορραγία, διάτρησις).

Θὰ προσπαθήσωμεν ν' ἀποφύγωμεν τὴν ἐγχείρησιν εἰς τοὺς φυματικούς, τοὺς νευρωτικούς. Εἰς τὰ νέα τὴν ἡλικίαν ἔλκοπαθῆ ἄτομα, τὰ κάτω τῶν 30 ἐτῶν, ἀποφεύγομεν συστηματικῶς τὴν χειρουργικὴν ἐπέμβασιν.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΤΟΜΟΥ Β΄

	Σελ.	
ΚΕΦ. Α΄ ΜΕΓΑ — ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ	1	1
'Ανατομική καὶ φυσιολογία τοῦ οἰσοφάγου	»	1
'Ανατομικαὶ σχέσεις τοῦ οἰσοφάγου	»	2
Νευρικὸν σύστημα τοῦ οἰσοφάγου	»	4
'Αγγεῖα τοῦ οἰσοφάγου	»	5
Αἰ κινήσεις τοῦ οἰσοφάγου	»	8
Κλινικαὶ μορφαὶ τοῦ μεγα - οἰσοφάγου	»	11
Α΄ Δευτεροπαθεῖς μεγα - οἰσοφάγοι	»	12
Β΄ Συγγενεῖς	»	14
Γ΄ Λειτουργικοὶ	»	15
Κλινικὴ εἰκὼν	»	17
'Ακτινολογικὴ ἐξέταση	»	20
Οἰσοφαγοσκόπησις	»	22
'Εξέλιξις	»	22
'Επιπλοκαὶ	»	23
Κλινικαὶ μορφαὶ	»	24
Διαφορικὴ διάγνωσις	»	26
Παθογένεια	»	27
Θεραπεία - φαρμακοδιαιτητικὴ	»	30
Χειρουργικὴ	»	32
ΚΕΦ. Β΄ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ	»	37
Εἰσαγωγή	»	39
Παθολογικὴ ἀνατομικὴ	»	41
Κλινικὴ εἰκὼν	»	41
Περίοδος εἰσβολῆς	»	43
'Ακτινολογικὴ ἐξέταση	»	44
Περίοδος ἀκμῆς	»	45
'Ακτινολογικὴ ἐξέταση	»	47
Οἰσοφαγοσκόπησις	»	49
'Εξέλιξις - ἐπιπλοκαὶ	»	50
Κλινικαὶ μορφαὶ	»	51
Διαφορικὴ διάγνωσις	»	52
Θεραπεία	»	52
ΚΕΦ. Γ΄ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗ ΔΥΣΦΑΓΙΑ		
(Σύνδρομον Kelly — Paterson ἢ τ. Plummer — Vinson)		
Εἰσαγωγή	»	57
Αἰτιολογία καὶ παθογένεια	»	59
Μεταβολισμὸς τοῦ σιδήρου	»	61

Κλινική εικών	Σελ.	65
Ήκτινολογική εξέταση	»	69
Οίσοφαγοσκόπησης	»	71
Ήξέλιξις	»	71
Κλινικαί μορφαί	»	72
Ήπιπλοκαί	»	74
Παθολογική ανατομική	»	75
Θεραπεία	»	76
ΚΕΦ. Δ΄ ΤΟ ΔΥΣΧΕΝΤΕΡΙΚΟΝ ΣΥΝΔΡΟΜΟΝ		
Εισαγωγή	»	79
Α΄ Ο καρκίνος του όρθου		
Παθολογική ανατομική	»	84
Αιτιολογία	»	86
Κλινική εικών	»	89
Ήξέτασις του άρρώστου	»	92
(Δακτυλική εξέτασις - όρθοσκόπησης)		
Κλινικαί μορφαί	»	95
Καρκίνος όρθο - σιγμοειδοϋς	»	102
Καρκίνος του πρωκτου	»	103
Πολλαπλοί πρωτοπαθείς καρκίνοι του όρθου	»	105
Διαφορική διάγνωσις	»	107
Θεραπεία	»	109
Β΄ Πολύποδες και πολυποδίασις όρθου και παχέος έντέρου		
I. Ο μονήρης πολύπους	»	111
1) Πολύπους του όρθου	»	116
2) Πολύπους σιγμοειδοϋς και παχέος έντέρου	»	120
Διαφορική διάγνωσις μεταξύ καλοήθων και		
έξαλλαγέντων πολυπόδων	»	125
Θεραπεία του μονήρους πολύποδος	»	126
II. Διάχυτος ιδιοπαθής πολυποδίασις	»	127
Κλινική εικών	»	131
Ήξέλιξις	»	132
Διάγνωσις	»	133
Θεραπεία	»	134
III. Οί πολλαπλοί διάσπαρτοι πολύποδες	»	135
Γ΄ Αίμορραγική όρθο - κολίτις		
Κλινική εικών	»	139
Ήξεια μορφή	»	141
Χρονία μορφή	»	142
Ήξέλιξις	»	143
Διάγνωσις	»	145
1) Ήξέτασις κοπράνων	»	146
2) Όρθο - σιγμοειδοσκόπησης	»	146
3) Ήκτινολογική εξέτασις	»	147
Διαφορική διάγνωσις	»	149
		152

Κλινικά μορφαι	Σελ.	153
Έπιπλοκαί	»	154
Πρόγνωσης	»	157
Αιτιολογία και παθογένεια	»	158
Θεραπεία	»	169
Δ' Έμοιβάδωσης	»	176
Έστορικόν	»	176
Σύντομος περιγραφή τής έμοιβάδος	»	179
ΈΗ <i>Entamoeba histolytica</i> (προκύστεις, κύστεις, μετακύστεις	»	180
Βιολογικός κύκλος τής έμοιβάδος	»	184
Έπιδημιολογία και παθολογική ανατομική	»	190
Κλινική εικών	»	194
ΈΟξεΐα έμοιβαδική δυσεντερία	»	198
Χρονία έμοιβαδική δυσεντερία	»	200
Κλινικά μορφαι	»	201
(Βαρείαι, άπατηλαί, έμπύρετος, αίμορραγική, άναιμική, συνύπαρξις με άλλα παράσιτα)	»	201
Μορφαι άναλόγως τής έντοπίσεως. (Έμοιβαδική τυφλίτις, έμοιβαδική όρθίτις κλ).	»	204
Διάγνωσις	»	211
Έξετάσις κοπράνων	»	212
Έορθοσκόπησις	»	216
Διαφορική όρθοσκοπική διάγνωσις	»	219
Έακτινολογική έξετάσις	»	222
Θεραπεία (έμοιβ. δυσεντερία, χρονία έμοιβάδωσις)	»	224
Έπιπλοκαί τής έμοιβαδώσεως		
1) Έ έμοιβαδική ήπατίτις	»	235
Αιτιολογία - παθογένεια	»	236
Παθολογική ανατομική (τό μονήρες άπόστημα, τά διπλά, τά πολλαπλά άποστήματα)	»	238
Έγποξεΐαι και χρόνιαι μορφαι	»	241
Κλινική εικών	»	242
1) ΈΟξεΐα έμοιβαδική ήπατίτις	»	242
2) Τό έμοιβαδικόν άπόστημα	»	245
Χρόνιαι μορφαι α) τό χρόνιον άπόστημα β) αι χρόνιαι έμοιβαδικαι ήπατίτιδες	»	247
Κλινικά μορφαι (Λανθάνουσαι, όξεΐαι ύποδυόμεναι τόν τυφοειδή πυρετόν, πνευμονικαι, άπόστημα τής άνω έπιφανείας του ήπατος, τής προσθίας έπιφανείας, τής κάτω, του άριστερου ήπατικού λοβου. Πολλαπλά άποστήματα)	»	248
Έξελίξις και πρόγνωσις	»	252
Θεραπεία	»	253

Όξεία άμοιβαδική ήπατίτις	Σελ.	253
Άμοιβαδικόν άπόστημα του ήπατος	»	254
Η πνευμονική άμοιβάδωσις	»	255
Άμοιβαδικόν άπόστημα του έγκεφάλου	»	258
Άμοιβάδωσις δέρματος	»	258
Άμοιβάδωσις άλλων όργάνων	»	259
Ε' Η βακτηριδική δυσεντερία		
Έπιδημιολογία	»	261
Παθολογική άνατομική	»	262
Μικροβιολογία	»	263
Γένος Shigella (πίναξ)	»	264
Κλινική εικών	»	265
Κλινικάί μορφάι	»	267
Άτυποι μορφάι (μορφή ύποδυομένη σκωληκο- ειδίτιδα, μηνιγγιτική μορφή, τοξική μορφή, τοξική ούδετεροπενική μορφή, πνευμονική)	»	270
Έπιπλοκαί	»	272
Διάγνωσις (κλινική, έξέτασις κοπράνων, όρθο- σκόπησις)	»	273
Θεραπεία	»	275
ΚΕΦ. Ε' ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN		
(Κατά χώρας έντερίτις)	»	278
Παθολογική άνατομική	»	279
Αιτιολογία και παθογένεια	»	287
Κλινική εικών	»	291
Εισβολή ή όξεία φάσις	»	292
Υποξεία φάσις	»	293
Χρονία φάσις	»	294
Άκτινολογική έξέτασις	»	295
Κλινικάί μορφάι	»	297
Διαφορική διάγνωσις	»	298
Θεραπεία (Ϊατρική - Χειρουργική)	»	302
ΚΕΦ. ΣΤ' ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΑ, ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΩΣΙΣ ΚΑΙ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙ- ΤΙΣ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΟΣ		
1. Έκκολπώματα του οισοφάγου	»	305
Α' Τά φαρυγγο-οισοφαγικά έκκολπώματα	»	305
Κλινική εικών	»	306
Θεραπεία	»	307
Β' Έκκολπώματα του κυρίως οισοφάγου	»	308
α' Έπιβρογχιικά ή άορτικο-βρογχιικά	»	308
β' Έπιφρενικά έκκολπώματα	»	313
2. Έκκολπώματα του στομάχου	»	316
Κλινική εικών	»	316
Άκτινολογική εικών	»	317

3. Έκκολπώματα του δωδεκαδακτύλου	Σελ.	319
Κλινική εικόνα	»	321
Άκτινολογική εξέταση	»	323
4. Έκκολπώματα του λεπτού έντέρου	»	324
5. Έκκολπωμάτωση και έκκολπωματίτις του παχέος εντέρου	»	325
Κλινική εικόνα	»	329
Έκκολπωμάτωση	»	330
Έκκολπωματίτις	»	330
Όξεία έκκολπωματίτις	»	332
Χρόνια έκκολπωματίτις	»	334
Διάγνωση	«	339

ΚΕΦ. Ζ' ΑΙ ΝΕΩΤΕΡΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΕΠΙ ΤΗΣ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑΣ,
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ «ΚΙΡΡΩΣΕΩΣ» ΤΟΥ

ΗΠΑΤΟΣ » 343

Παθογένεια » 343

Αιτιολογία και ταξινόμησης των κιρρώσεων » 345

Κλινική διάγνωση » 351

Θεραπεία » 354

Θεραπεία του ήπατικού κόματος » 361

ΚΕΦ. Η' ΑΙ «ΘΕΡΑΠΕΙΑΙ» ΤΩΝ ΓΑΣΤΡΟ - ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙ-
ΚΩΝ ΕΛΚΩΝ ΚΑΙ ΚΡΙΤΙΚΗ ΑΥΤΩΝ » 366

1. Κριτήρια διαγνωστικής φύσεως » 367

2. Κριτήρια θεραπευτικής φύσεως » 368

Α' Προτεινόμενοι θεραπείαι » 372

Διαιτητική άγωγή » 372

Φαρμακευτική άγωγή » 373

Β' Πρακτική εφαρμογή των αντιελκωτικών φαρμάκων » 376

1. Θεραπευτική άγωγή κατά την περίοδο των
πόνων » 376

2. Θεραπευτική άγωγή κατά την περίοδο
ήρεμιας » 377

Χειρουργικά ένδειξεις » 378