The Influence of Low Concentrations of Acid in Test Meals on Gastric Digestive Activity in Patients with Duodenal Ulcer

J.N.

Hunt

London

The gastric responses to test meals of 750 ml. of a solution of glucose (100 g. per litre) and a solution of glucose plus 20 mEq. of hydrochloric acid per litre were studied by a single withdrawal technique in 27 medical students and in 11 patients with duodenal ulcer. Emptying was slowed by the addition of acid, particularly in subjects secreting small amounts of acid in response to the meal without acid. This confirms the findings of Shay (Bull. N.Y. Acad. Med. 20, 264, 1944). The degree of slowing of gastric emptying produced by the acid in the meal in patients with duodenal ulcer was small and comparable to that produced in normal subjects with similar secretory responses.

375 Congress

Hunt

507

The secretion of acid in response to the meal containing HCl was significantly less than that in response to the meal of glucose alone, but the outputs of chloride and pepsin were unaltered by the addition of acid. There was no distinction between the secretory changes produced by the acid in 27 healthy young subjects and the changes in 9 out of 11 patients with duodenal ulcer. In the remaining 2 patients, who had duodenal ulcers and marked hypersecretion, there was clear evidence of a failure of the added acid to inhibit gastric secretion. This also confirms the findings of Shay.

Hepp, J.: Gastroenterologia 86, 507, 1956

Les anastomoses bilio-digestives intra-hépatiques

Par Jacques HEPP (Paris)

En présence d'une sténose englobant le canal hépatique près du hile ou à la convergence des deux ramures droite et gauche, il est quelque fois possible d'établir une anastomose entre un canal biliaire découvert dans le parenchyme hépatique et un segment de grêle (Longmire) ou d'estomac (Dogliotti).

]Nous avons eu l'occasion de réaliser treize de ces anastomoses: cinq fois pour lésions bénignes – sténose cicatricielle du canal hépatique blessé lors d'une cholécystectomie et déjà réparé soit par anastomose bout à bout, soit par hépatico-jéjunostomie (type Roux en Y); huit fois la lésion était maligne – cancer du canal hépatique au hile.

Un tube tuteur est toujours laissé dans l'anastomose pour au moins un mois, jamais plus de trois mois. L'ablation du tube est toujours facile puisqu'il sort plus bas par contre incision du jejunum ou de l'estomac.

Un malade est mort précocement dans les suites opératoires; les autres ont eu des suites faciles. Chaque fois que le canal était dilaté, chaque fois le résultat fut favorable. Deux malades atteints

de cancer sont encore actuellement vivants 14 mois et 8 mois après l'intervention, sans ictère, ni prurit. Les autres malades porteurs de lésion maligne sont morts des progrès de leur cancer, 6 ou 10 mois après l'intervention palliative. Presque tous pendant cette période inter-

38 Gastroenterologia, Vol. 86, No. 4 (1956)