

Beszámoló osztályunk négy éves elzáródásos sárgaságos beteganyagáról

Írta: Clemens Marcell dr. és Giacinto Miklós dr. orvosszázados

Az 1955. január 1-től 1958. december 31-ig terjedő időben osztályunkon 60 beteget operáltunk obstructiós icterus kórisméjével, ezek közül a műtét 58 esetben igazolta a sárgaság elzáródásos eredetét.

Az elzáródás oka:

I. köves eredetű	31 esetben,	
II. daganatos eredetű	23 esetben,	
megoszlásuk:	a) epeút és epehólyag rák	11
	b) pankreasfejrák	9
	c) Vater-papilla rák	3
III. egyéb eredetű elzáródást	4 esetben	

találtunk, 2 esetben az obstructiós eredet műtét előtt felállított diagnózisát a műtét nem igazolta.

Eseteinket a műtétnél, illetve sectionál talált elzáródást előidéző okok szerinti csoportosításban tárgyaljuk.

I. Köves eredetű elzáródások

Betegeink száma 31, 18 férfi és 13 nő. Átlagos életkoruk 54 év, legfiatalabb betegünk 29, legidősebb 73 éves volt. Köves anamnesisük átlagosan 6,9 év (az első panaszok és a kórházi felvétel között eltelt idő 5 nap és 36 év között változott). Típusos epegöröcsök 28 beteg kórelőzményében szerepeltek, 3 betegnél a görcsös panaszok hiányoztak. Egyik betegünknel egy évvel előbb más intézetben cholecystektomiát, egy másiknál pedig cholecystektomiár kívül choledochotomiát is végeztek, kő miatt. A betegek sárgaságának időtartama műtétkor átlagosan 27 nap volt. Az elzáródás a kórházi kivizsgálás alatt 4 betegnél teljes volt (acholiás szék, vizeletben ubg. hiánya), a többinél a köves eredetű sárgaságra jellemzően intenzitása változott, s a vizeletből időnkint vagy állandóan ubg-t lehetett kimutatni. Pólya (7) mutat rá, hogy a choledochus köves elzáródásához hamarabb társul infectio, mint a tumoros eredetű obstructióhoz. Saját beteganyagunkban 16 esetben észleltünk lázas cholangitist, közülük 3 septicus állapotban volt. A köves elzáródásos betegek serum bilirubin értéke átlagosan 7,9 mg százalék volt a műtét idején (legmagasabb érték 29, legalacsonyabb 1 mg százalék volt), magasabb thymolértéket 6 betegnél találtunk. Serum alkalikus phosphatase értékük átlaga 14,84 B. E. volt a műtét idején (legmagasabb érték 25,7, a legalacsonyabb 2 B. E. volt). Weber reactio köves betegeinknél minden esetben negatív volt.

Műtét alkalmával a közös epevezetőben 27 esetben találtunk egy vagy több epekövet. A közös epevezetőn kívül 9 esetben az epehólyag is tartalmazott köveket, és 3 esetben a ductus hepaticusokból is távolítottunk el intrahepaticusan levő köveket.

Műtėti eljárás: rutin eljárásunk a köves epehólyag eltávolításán kívül supraduodenalis choledochotomia és a choledochusban levő kövek eltávolítása volt, ezt követte a choledochusnak a duodenum és mindkét d.hepaticus felé való szondázása. Többször gondosan végigtapintottuk az extrahepaticus epeutakat, majd azokat átmosva kis kövek után kutattunk, illetve azt figyeltük meg, hogy a közös epevezető milyen nyomás mellett fecskendezhető át a duodenum felé. Kehr-csövet nem használtunk, hanem minden esetben gondosan

zártuk az epevezetőn ejtett nyílást, és ceruzavastag gumidraint helyeztünk a foramen Winslowi-ba. Oddi-sphincter sclerosist 6 betegnél észleltünk. Megoldására 4 esetben choledochoduodenostomia externa supraduodenalis végeztünk, mind a 4 ilyen betegünk gyógyult. Felszálló epeútfertőzésre utaló jelet nem tapasztaltunk. Ez a megfigyelésünk egyezik az irodalmi adatokkal (1), melyek szerint kellő tágasságú biliodigestív anastomosis esetén felszálló cholangitis nem fordul elő. Ha mégis ilyen látunk, ez az anastomosis beszűkülésére és következményes epe-pangásra utal. — 2 betegnél, kiknek icterusa 6, illetve 12 hónapja állott fenn, a Vater-papilla felhasításával choledochoduodenostomia internát készítettünk az epeút Voelcker szerint való drainálásával. Mindkét betegünket májelégtelenség tünetei között vesztettük el műtét után 6, illetve 18 nappal. 1 esetben csak az epehólyag tartalmazott köveket, ennél a betegünkönél diónyira zsugorodott epehólyagot találtunk, amely előző perforációk nyomán szélesen közlekedett a duodenummal és a d. cysticustól proximálisan a közös epevezetővel is. A zsugorodott epehólyagot nagy kövek töltötték ki, és a köves epehólyagnak a d. choledochusra kifejtett nyomása okozta az obstrukciós sárgaságot.

3 esetben nem találtunk követ sem a közös epevezetőben, sem az epehólyagban, ezen esetek közül egynél az epehólyag elváltozása és a klinikai tünetek alapján távozott követ kellett a műtét előtti sárgaság okának tekintenünk, ezt bizonyítja, hogy ez a betegünk a műtét óta eltelt másfél év alatt 17 kg-ot hízott, panasza nincsenek, és az elvégzett ellenőrző májfunctió vizsgálatok normálisak. A másik 2 beteg a téves kórismék között alább szerepel:

Műtétkor felállított kórisménk 3 esetben bizonyult tévesnek:

1. Egy 70 éves, septicus állapotban levő, leromlott nőbetegnél műtétkor a tapintási lelet alapján pankreas-fej carcinomát diagnosztizáltunk, és a műtét alatt fellépő súlyos collapsus miatt csak cholecystostomiát végeztünk. Betegünk műtét után két nappal májelégtelenség miatt meghalt, és a sectio indurativ pankreatitis mellett a choledochus ampullaris részében kis mogyorónyi vénilkövet talált.

2. Második betegünkönél, akinél a műtétkor szintén nem találtunk követ, a máj elváltozása alapján cirrhosis hepatitis kórisméjét állítottuk fel. Műtét után a beteg sárgasága fokozatosan megszűnt, de két év múlva újból fellépő icterus miatt más intézetben megoperálták és ekkor kis mogyorónyi követ távolítottak el a d. choledochusból. — Utóbbi két betegnek choledochotomiát és szondázást nem végeztünk, hanem megelégedtünk az epeutak tapintási leletével, ezért fel kell tételeznünk, hogy a második műtétnél talált kő már az első műtét alkalmával is megvolt.

3. Igen tanulságos következő, 60 éves, típusos epegörcsök után fellépő sárgaság miatt operált betegünk esete: műtétkor supraduodenalis choledochotomián át két darab 1x1x1 cm nagyságú követ távolítottunk el a d. choledochus distalis szakaszából. Ezután a közös epevezető széles epekőkanállal is ellenállás nélkül, könnyen átjárható volt. A choledochust zárva a műtétet befejeztük. Másfél év múlva újból görcsök, láz és subicterus léptek fel, emiatt más intézetben műtétet végeztek és transduodenalis behatolásból 2x2x3 cm-es Vater papilla daganatot távolítottak el, mely szövettanilag carcinomának bizonyult. Bár az első műtétnél a kövek eltávolítása után az epevezető könnyen átjárható volt, mégis fel kell tételeznünk, hogy kisebb tumor már az első műtétnél is volt, és az epekövek csak az epepangás által létrehozott, úgynevezett secundaer kövek voltak.

A hosszantartó köves obstrukciós icterusok ismert következményét, májcirrhosist 6 betegnél találtunk, ezek közül egy esetben a súlyos cirrhosis ascitessel járt. Pankreatitist 5 esetben észleltünk.

Műtéti mortalitásunk 31 esetből 3 volt, ami 9,7 százalékknak felel meg. A hosszú ideig fennálló elzáródásos sárgaságos esetek műtéti halálózása igen magas, Takács régi adatai szerint (9) 1 hónapon belül műtétre kerülőknél 25 százalék, 1 hónapon túl ez 50 százalékra nő. A svájci Nissen-klinika utolsó 400 epeköves esetét feldolgozó Hess szerint (4) a műtéti mortalitás a kompli-

káció nélküli epeköves eseteknél 0,6 százalék, ez az arány a sárgasággal szövődött esetekben a tízszeresére, 65 évnél idősebb betegeknel pedig harmincszorosára emelkedik. Ezek az értékek körülbelül megfelelnek a mi halálozási arányszámunknak is, a korai epekóműtét mellett szólnak.

II. Tumoros eredetű obstruktív sárgaságok.

23 esetben okozta rákos daganat az elzáródásos sárgaságot. Aránylag kis számú beteganyagunk értékelését úgy tudjuk megkönnyíteni, ha azt összevetjük a Mayo-klinika 1937—47-ig terjedő 10 éves beteganyagával, melyet H. A. Neibling állított össze (6). Ez idő alatt a Mayo-klinikán 14 000 epeműtétet végeztek, köztük 66 esetben találtak epetrákot (0,47 százalék), 107 esetben epehólyagrákot (0,76 százalék), 44 esetben Vater papilla rákot (0,31 százalék) és 521 esetben pankreasrákot (3,72 százalék), tumort tehát összesen 5,26 százalékban. Saját anyagunkban azt látjuk, hogy a négy év alatt operált 360 epeműtéthez viszonyítva 6,38 százalékban észleltünk daganatos eredetű elzáródásos sárgaságot.

a) *Epeút- és epehólyagrák* 11 betegünknel okozott obstruktív icterust. (Jelen összeállításunkba természetesen csak azokat az epehólyagrákot soroltuk, ahol a folyamat a közös epevezetőre is ráterjedve sárgaságot okozott.)

Betegeink anamnesisében 7 esetben szerepeltek „epegörcsök”. Epekő miatt 3 betegünknel történt előzőleg más intézetben cholecystektomia, közülük egynél a közös epevezetőben levő kő miatt choledochotomiát is végeztek. Műtétnél az epeút és epehólyag-rákos betegek között kettőnél találtunk epéköveket is. Így a 11 beteg közül 5-nél tételezhető fel, hogy a hosszú ideje meglevő epékövek mechanikus, gyulladást keltő hatásukkal hozzájárulhattak a rákos folyamat keletkezéséhez. Az epékő és epehólyag-, ill. epetrákók gyakori együttes előfordulását mutatja Neibling idézett statisztikája is (6), aki a rákos esetek 52 százalékában mutatott ki epékövet. Míg nálunk 11 beteg közül 7 anamnesisében szerepeltek epegörcsök, Neibling (6) statisztikája szerint epegörcsős fájdalmak 61 százalékban voltak jelen, Hedri (3) szerint 68 százalékban van fájdalom, az esetek több mint felében már a korai szakban. Ezek az adatok is hozzájárulnak annak a régi állításnak megcáfolásához, hogy a tumoros sárgaságra a görcsös fájdalom hiánya volna a jellemző.

A daganatos sárgaság állandóan fokozódó jellege alól is lehetnek kivételek. Több esetben tapasztaltuk, hogy előző belgyógyászati kezelésre a beteg sárgasága csökkent vagy el is múlt. Így történhetett meg, hogy 3 betegünk műtét előtt egy éven belül fertőző sárgaság kórismével feküdt belosztályon, s tekintve, hogy icterusa elmúlt, mint fertőző sárgaságot bocsátották ki. Epeút és pankreasfejrák okozta icterus elsősorban olyan eseteknél csökkenhet, ahol a tumor mellett kő vagy pedig az epeút nyálkahártyájának duzzanata okozta végső fokon az icterust. Természetesen az sem zárható ki a betegség mostani gyakorisága mellett, hogy az előzőleg lezajlott sárgaság valóban infectiosus eredetű volt.

Epeút-carcinomás betegeink sárgasága a műtét idején átlagosan 49 napos volt. Mindegyik betegünknel tetemesen nagyobb volt a máj, 3—5 harántujjal haladta meg a bordaívét. Négy betegnél a máj széle alatt külön resistentiát is tapintottunk. A vizeletben urob-t 7 esetben nem tudtunk kimutatni, mutatván, hogy az elzáródás teljes, többi négy esetünkben műtét idején az elzáródás nem volt teljes. Serum bilirubin értékük átlagosan 19,3 mg százalék (legalacsonyabb 8,0, legmagasabb 31,7 mg százalék) volt. A thymol turbiditas 7 betegnél normális, 3-nál kiscokú, 6—7 egységnyi emelkedést mutatott, egy betegnél pedig 12 egység volt. Az alkalikus phosphatase értéke átlagosan 15,7 B. E. volt (6—24 egység között változott). Vércépük normális vagy

kissé anaemiás, vvs. sülyedésük 37 és 110 mm/1 óra között volt. A betegek székletének Weber-vizsgálata egy beteg kivételével pozitív eredményt adott. Ezt azért is szeretnénk kiemelni, mert erre a vizsgálatra *Neibling* és munkatársai sem térnek ki, a duodenum szondázás által nyert váladék vizsgálatával pedig vért csak elenyészően kis százalékban tudtak kimutatni.

Műtéti eljárás: Oki kezelést, a daganat radikális eltávolítását a carcinómának a környező szervekkel való összekapaszkodása, környéki és távoli metastasisok vagy carcinosis peritonei miatt egy esetben sem tudtunk végezni. 3 esetben csak exploratiót végeztünk, e 3 betegünk műtét után 5, 10, illetve 13 nappal májkómában meghalt. Egy esetben Kehr-csővel külső epesipolyt, 7 esetben különböző megkerülő anastomosist készítettünk, ezek közül a kórházban 3 halt meg.

Az epeút-rákos betegek műtéti túlélése igen rossz, mint azt adataink is mutatják. De nem jobb olyan nagyhirű intézetekben sem, mint a Mayo-klinika, ahol az átlagos túlélés ugyancsak 3—4 hónap volt. (6) Gyökeres műtét csak ritkán jöhet számításba a rákos folyamat kiterjedése és a közeli vitalis képletekkel való szoros összefüggése miatt. A legjobb eredményeket a még kiterjedelmű tumor eltávolítása és az epeút végéig való anastomosisa biztosítaná.

b) *Pankreas-carcinoma* okozta az obstructiós icterust 9 operált betegünk-nél, közülük 7 férfi, 2 nő. Átlagos életkoruk 55 év, a legfiatalabb 32, a legidősebb 71 éves volt. Panaszaik a kórházi felvétel előtt átlagosan 3 hónappal kezdődtek. A panaszok jellege túlnyomóan gastrointestinalis volt, mely a jobb bordaív alatti tompa fájdalmakkal társult.

Egyik férfibetegünk-nél a deréktáji fájdalmak domináltak, és ezek a panaszok olyan kifejezettek voltak, hogy míg icterusa meg nem jelent, lumbagoként kezelték. Az icterus fennállásának tartama műtétkor átlagosan 45 nap volt. *Szabolcs* (8) 31 sárgasággal járó pankreascarcinomás eseténél átlagosan ugyanennyi idő telt el a sárgaság kezdete és a műtét között. Az obstructio 8 betegnél teljes volt, csak egynél volt ubg. kimutatható a vizeletben. Kiemelnénk, hogy a betegek többségének anamnesisében szerepeltek görcsök vagy tompa fájdalmak, csak két betegnél kezdődött az icterus teljesen fájdalomtalanul, s ezek közül az egyiknél lehetett az epehólyagot is jól tapintani. A Courvoisier-féle tünet sokkal ritkább, mint azt a tankönyvek fel szokták tüntetni. *Szabolcs* (8) csak 4 esetben észlelte 31 sárgaságos pankreasrák közül (12,9 százalék), *Hedri* (3) szerint 50 százalékban észlelhető. A Weber reactio 7 beteg-nél volt pozitív és 2 esetben negatív. A serum bilirubin átlagos értéke 14,8 mg százalék (6,97 és 21,0 mg százalék között változott), a thymol turbiditas 4 betegnél volt fokozott, 7 esetben normális. Az alkalikus phosphátase átlagos értéke 16,3 B. E. volt (6,7 és 26,8 között). A vvs. sülyedés valamennyi betegünk-nél magasabb volt: 11—62 mm/1 óra között. 2 betegnél felvételkor septicus lázas állapotot észleltünk.

Műtéti eljárás: Hazánkban a pankreas-rák gyökeres műtete még alig terjedt el. *Hedri* 9, *Szabolcs* 12, *Póka* 3, *Kudász* és *Eisert* 3, *László* 2 esetéről tudunk. Részben ennek, részben a műtéttel szemben tanúsított szkepticizmusnak, valamint betegeink rossz általános állapotának, régóta tartó icterusának tulajdonítható, hogy osztályunkon nem törekedtünk a radikális műtét elvégzésére. Úgy véljük, hogy a jövőben a helyes út a fokozott radikalitásra való törekvés, annál is inkább, mert újabb irodalmi adatok szerint a pankreatoduodenektomia mortalitása sem lényegesen nagyobb, mint a megkerülő anastomosisoké (8). — Exploratióra szorítkoztunk 3 esetben, a többi esetünkben megkerülő anastomosist készítettünk: cholecysto-gastrostomiát 4 betegnél, hepato-jejunostomiát 1 esetben a máj ballebenyének resecált felszínével, egy esetben pedig cholecysto-jejunostomiát. A műtéti halálozás 9 esetből 3 volt. 2 betegünk májkómában halt meg a műtét utáni héten, egy pedig, akinél a bal májlebeny resectiós felszínét ültettük be egy jejunumkacsba, az anasto-

mosis részleges szétválása következtében epés peritonitisben halt meg a műtét utáni napon. Cholecysto-gastrostomiás betegeinknél az epének a gyomorba való ürülés miatt panaszokat nem észleltünk. *Gohrbandt* (2) szerint ilyen panaszok csak anaciditas esetén jelentkeznek és sósav szedésével megszüntethetők.

c) *Tumor papillae Vateri-t* elzáródásos sárgaság miatt operált betegeinknél 3 esetben találtunk. Egy 64 éves férfi, egy 55 éves és egy 65 éves nőbetegnél. A betegek körelőzményében bizonytalan jellegű hasi panaszok szerepeltek, melyek csak 1—2 héttel előzték meg az icterust. A sárgaság tartama műtétkor 1, 3, ill. 3 és fél hónap volt. Az elzáródás egy esetben teljes, 2 esetben részleges volt. Weber-próba mindhárom esetben pozitív eredményt adott. Serum bilirubinszint 5, 8,4, ill. 9,5 mg százalék volt műtétkor, a thymol turbiditas egy esetben normális, 2 esetben fokozott volt. Az alkalikus phosphatase értéke 7, 7,8, ill. 26, 7 B. E., vvs.-süllyedés 30, 60, ill. 75 mm/1 óra volt. Lázás cholangitise 2 betegnek volt műtétkor. 2 betegnél észleltünk ascitist. — Egy esetben transduodenalis papillakiirtást végeztünk, ez a beteg másfél évvel élte túl a műtétet. Két betegnél a tumor kiterjedtebb volta és a lázas cholangitis által csökkentett ellenállóképességük miatt csak megkerülő anastomosist készítettünk. Műtéti halálozás nem volt, a szövettani lelet mindhárom esetben adenocarcinoma volt.

III. Más eredetű obstructiós sárgaságok

a) *Pankreatitis chronica* 2 esetünkben okozta a mechanicus elzáródást, egy 60 és egy 64 éves férfibetegnél. Az első esetben kéthónapos, göres nélküli, fokozódó jellegű, acholiás székkel járó icterus miatt végeztünk laparotomiát. A tapintási lelet alapján pankreas-carcinomát diagnosztizáltunk és cholecysto-duodenostomiát végeztünk. Az igen elesett beteg két nap múlva májkómában exitált. A boncolás és autopsia pankreatitis subacuta nekrotisans-t állapított meg. Sectionál a d. choledochus distalis része gombos szondával átjárható volt. Ennek kapcsán kívánunk rámutatni arra a más szerzők által is hangsúlyozott tényre, hogy az epeelvezetés nem tisztán passzív folyamat, ezért a klinikailag teljes obstructio kialakulásának nem előfeltétele az anatómiai értelemben vett teljes elzáródás. Az epeút szűkülete és a fal mevévélés válsága, mint esetünkben is, teljes elzáródás képét okozhatja. Emellett *Neibling* arra mutat rá, hogy az epevezető kis idegeinek tumoros infiltrációja is okozhatja az epeút működésének megszűnését. (6)

Második betegünket egy évvel előbb a máj alatt tapintható resistentia és icterus miatt más intézetben megoperálták. Ekkor azonban gyulladáso cseplesz-infiltration kívül kóros elváltozást nem találtak, s a körképet hepatocellularis icterusnak minősítették. Egy évi panaszmentesség után újból sárgaság lépett fel, mely klinikailag obstructiós jellegű volt, ezért megoperáltuk. Két ujjnyi vastag choledochust találtunk, mely a duodenum felé nem volt szondázható. A műtétnél az elzáródás természetét nem sikerült megállapítanunk, s az epe-elvezetést choledochoduodenostomiával állítottuk helyre. Csökkenő sárgaság mellett azonban általános állapota romlott és egy hónappal a műtét után májkómában exitált. A boncolás pankreatitis chronicát talált, mely a d. choledochus distalis szakaszát elzárta. Bár ismert, hogy fertőző sárgaság után gyakoribbak a pankreatitisek, az előző műtétnél talált csepleszgyulladás miatt inkább arra kell gondolnunk, hogy az előző sárgaságot is a pankreas gyulladáso folyamata okozhatta. Mindkét betegünkön pozitív volt a műtét előtt végzett Weber-vizsgálat, s magas serum bilirubin és alkalikus phosphatase értékek mellett erősen pozitív kolloid-labilitási próbákat találtunk.

b) Egy esetben kő nélküli cholecystitishoz társult obstructiós jellegű sárgaság: műtétnél azt láttuk, hogy a d. cysticus és d. hepaticus szögletében levő nyirokesomó 1x1x1 cm-re megnagyobbodott és comprimálta a közös epevezetőt. Cholecystektomia és a nyirokesomó eltávolítása után betegünk sárgasága gyorsan megszűnt.

c) Egy 60 éves nőbetegnél a cseplesz gangraenás gyulladása okozta, feltételezésünk szerint nyirokpangás útján, a lig. hepatoduodenale oedemás duzzanatát és az epeútelzáródást. Ezt az esetünket részletesen másutt közöljük.

2 esetben a műtét előtt feltételezett elzáródás a műtétnél nem bizonyosodott be: 1. 58 éves nőbetegnél gyomorcarcinoma miatt subtotalis gyomorresectiót végeztünk, ugyanekkor kövekkel telt epehólyagját is eltávolítottuk. A beteg a műtét alatt és után 1050 ml csoportazonos csepptransfuziót kapott. Másnapra aluszékonyság mellett igen kifejezett icterus lépett fel. Az azonnal elvégzett serum bilirubinvizsgálat direkt értéke 10,34 mg százalék, indirekt értéke 1,47 mg százalék volt. A laboratóriumi értékek és az előző napi műtét miatt bizonyítottan láttuk az elzáródást és relaparotomiát végeztünk, ekkor azonban elzáródást nem találtunk. Betegünk sárgasága napok alatt elmúlt, és gyógyultan távozott. Ezek alapján az icterust transfúzió utáni haemolysisnek kellett tulajdonítanunk.

2. 34 éves nőbeteg elhúzódó sárgasága és laboratóriumi leletei alapján elzáródásos sárgaságot tételeztünk fel. A műtétnél azonban elzáródást nem találtunk. Műtét után a sárgaság nem fokozódott, de csak lassan, hetek alatt oldódott, Betegünk 2 éve panaszmentes. Ezt a sárgaságot utólag fertőző eredetűnek kell tartanunk.

Megbeszélés.

Eseteink áttanulmányozásából a következő tanulságokat kell levonnunk:

1. Hangsúlyozni kell a korai epekóműtét szükségességét, mert a fellépő szövödmények, köztük elsősorban az elzáródásos icterus, a modern műtéti előkészítés, kíméletes altatás, megfelelő utókezelés ellenére is igen magas halálmarással járnak.

2. Műtét közben nem elegendő a d.choledochus végigtapintása, szondázása és átöblítése. Ezekkel az eljárásokkal nem tudjuk teljes bizonyossággal kövek benmaradását kizárni, sem kis Vater papilla tumort kimutatni. Az intraoperatív cholangiographia elvégzése annál inkább szükséges, mert a sárgaságos betegeknel műtét előtt cholangiographiát készíteni nem tudunk.

3. Sphincter Oddi sclerosisnál choledochoduodenostomia végzendő. Eseteinkben tárgult choledochus mellett az eljárás supraduodenalis módozata vált jobban be.

4. Az elzáródásos sárgaság kórisméjének felállítása után végezzünk műtétet és semmiesetre se halasszuk el azt a sárgaság csökkenése esetén, mert nemcsak köves, hanem daganatos elzáródás esetén sem ritka a sárgaság átmeneti csökkenése.

5. A Vater-papilla és pankreasfej rákjánál törekedjünk radikális megoldásra, de ha ez nem lehetséges, készítsünk megkerülő biliodigestiv anastomosist, mert többnyire ez is hozzájárul az élet meghosszabbításához, míg az egyszerű exploratio tapasztalataink szerint minden esetben sietteti a beteg halálát.

IRODALOM

1. *Eisert Á., Sztrély A.*: Magy. Seb. 1955. 8, 103. — 2. *Gohrbandt, E.*: Zbl. Chir. 1957. 82, 641. — 3. *Hedri E.*: O. H. 1954. 95, 745. — 4. *Hess, W.*: Schw. Med. Wschr. 1956. 86, 129. — 5. *Lauda, E.*: Die Medizinische, 1956. 148, 150. — 6. *Neibling, H. A., Dockerty, M. B.*: Surg. Gyn. Obst. 1949. 89, 429. — 7. *Pólya J.*: Therapia, 1934. 11, 301. — 8. *Szabolcs Z.*: A szombathelyi kórház évkönyve, 1958. 27. — 9. *Takács G.*: Orvosképzés, 1922. 401. — 10. *Wassner, U. J.*: Brunn's Beitr. 1955. 190, 375.

Д-р Марцелл Клеменс и капитан мед. сл. д-р Миклош Джачинто:

ОТЧЕТ О БОЛЕЗНЯХ ОБСТРУКЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ СЛУЧИВШИХСЯ
ЗА ПЕРИОД 4 ЛЕТ В НАШЕМ ОТДЕЛЕНИИ

Dr. M. Clemens und Dr. M. Giacinto Hauptmann d. San.:

BERICHT ÜBER DAS VIERJÄHRIGE MATERIAL UNSERER ABTEILUNG
AN RESORPTIONIKTERUS (MECHANISCHEM IKTERUS).