

## A FEKÉLY MIATT OPERÁLT GYOMOR JAVÍTÓ MŰTÉTEI.\*

Írta: PROCHNOW FERENC dr.

A gyomor- és duodenumfekély műtéti megoldásában három utat követnek a sebészek, ill. azok három táborban tömörülnek. Az első tábor hívei azt vallják, hogy elsősorban az ú. n. palliatív műtétekkel biztosítható a kis közvetlen halálozás, másrészt a végső eredményeket is jóknak tartják. Ezek a sebészek régebben a GEA-t, retro- vagy antecolicusan vezetve, később a pylorus-exclusiot (*Eiselsberg*), majd újabban az ú. n. kirekesztéses gyomoracsonkolást (*Finsterer*) vagy a palliatív resectiot (*Flörcken*) végezték, illetőleg végzik. A második tábor hívei ezzel szemben azt hangoztatják, hogy ha a gyökeres műtét után nagyobb is a közvetlen halálozás, azonban a végső eredmények majdnem 100 százalékosan jók, tehát sokkal kisebb azoknak a szövődményeknek száma, amelyek miatt újbóli vagy javító műtétet kell végezni. Ezeknek a javító műtéteknek pedig már aránytalanul nagyobb a halálozásuk és így a palliatív műtétek utáni kisebb közvetlen halálozás is más megvilágításba kerül. Kétségtelen, hogy szaporodnak újabban a harmadik tábor hívei. Ezek azt vallják, hogy a gyomor- és duodenumfekély sebészeti gyógyítására a gyökeres megoldásokat kell választani, azonban azokban az esetekben, amikor ez veszélyeztetné a beteg életét, akkor a palliatív megoldás mellett kell dönten. Ha most már a tábor tagjainak az ezirányú magatartását statisztikáik alapján vizsgáljuk, akkor kiderül, hogy tulajdonképpen ezek is vagy az első vagy a második táborba tartoznak. Mert míg *Finsterer* az általa operált összes betegeknek csak 6%-át, *Haberer* szintén 6%-át minősíti gyökeres műtetre alkalmatlannak, addig *Flörcken* már 18.2%-át, *Demel* 21.6%-át, *Delore* pedig 54%-át, *Fromme* a duodenumfekélyre vonatkozólag 50%-át. *Schewhet* (Istanbul) felhívja a figyelmet arra, hogy Törökországban későn jelentkeznek műtetre a fekélyes bete-

\* A Szegedi Orvos Szakszervezet tudományos ülésén, 1947. június 12-én tartott előadás.

gek és így csak 35%-ban lehet gyökeres műtétet végezni. Ugyanezt állapítja meg a bolgár viszonyokra vonatkozólag *StanisEFF* (Szófia).

Az ma már kétségtelen — statisztikailag kimutatott — tény, hogy minden gyomorműtét után, bármi módon, bármilyen technikával is végezték, olyan szövődmények keletkezhetnek, amelyek újbóli, tehát javító műtétet tesznek múlhatatlanul szükségessé. Az is ismeretes ma már, hogy nemcsak a műtėti technikai kivétel, hanem sok más körülmény és feltétel — mint a beteg neme, kora, alkata, a fekély helye, tulajdonságai, a környezet-hatások, valamint sok ismeretlen tényező — játszik közre akkor, amikor ezen műtétek után szövődmények támadnak. Mindenesetre a nagy számok törvényei alapján ma már tudjuk azt, hogy egyes műtétek után sokkal nagyobb számban, más műtétek után pedig aránytalanul kis számban jelentkeznek hónapokkal vagy évekkel az első műtét után. A szövődmények lehetnek ismeretlen eredetű organikus (gyulladásos) elváltozások vagy technikai hibák okozta functionalis, esetleg mechanikus zavarok. Ezeket a megállapításokat különösen az ú. n. nagy gyomorsebészek munkáiból olvashatjuk ki, habár meg kell őszintén mondanunk, hogy ezek is bizonyos mértékig elfogultak saját műtėti eljárásuk iránt s inkább hajlandók mások műtéteit a szövődmények gyakorisága szempontjából vádolni. E szövődmények statisztikai, klinikai és gyógyítási adatairól különösképpen *Balfour, Verebely, Haberer, Finsterer, Steinberg* egyéni statisztikáiból, valamint *Denk, Flörcken* és *Steden, Sokolov, Starlinger* gyűjtőstatisztikáiból értesülünk. Az ezirányú casuisticus közlemények száma ma már áttekinthetetlen. A magyar irodalomban *Herzcel, Borszéký, Pólya, Vidakovits, Fischer, Matolay, Strelinger, Kárpáti, Sipos* sebészeti, *Entz* pathologiai, *Bársony* röntgenologiai és *Friedrich* pedig belgyógyászati szempontból foglalkozott ezzel a témával, különösképpen az ulcus jejuni postoperativummal kapcsolatban.

Általában négy osztályban csoportosítva tárgyalhatjuk azokat a szövődményeket, amelyek miatt múlhatatlanul szükséges az újbóli vagy javító műtét. A szövődmény számára és jelentőségére tekintettel az *első osztályba* kell sorolnunk az ú. n. ulcus pepticum jejuni-t. Nemcsak műtétek után fordul elő, mint szövődmény, hanem előzetes műtét nélkül is megfigyelték már, hogy a felső jejunumkacsón typosos, önemésztődéses fekély keletkezett. Igaz, ez a *Denk*-féle primár jejunalis pepticus fekély irodalmi ritkaság. Jelen előadásomban nem foglalkozhatom e szövődmény tulajdonképpen ismeretlen kórszármaszásával, csak azokat a statisztikai adatokat közlöm, amelyek feltűntetik e szövődmény gyakoriságát a végzett

műtetei kapcsolatban. Ma már tudjuk, hogy leggyakrabban az *Eiselsberg*-féle exclusio után támadt; *Verebély* szerint 12%-ban, *Haberer* szerint 20%-ban, *Clairmont* szerint 28%-ban, *Ringel* szerint 44%-ban, sőt *Kalk* szerint — Bergmann-klinika — pontosan 100 százalékban, úgy hogy ezt a műtétet ma már egyáltalában nem végzik. Mindenesetre e műtét eredményei, illetőleg eredménytelenségei megtermékenyítették a kutatók munkáját és kiderült vizsgálataik alapján az, hogy a gyomor- és duodenum-fekély gyógyítására csak azok a műtétek alkalmasak, amelyekben nemcsak a pyorust, hanem főleg az antrumot egészében távolítják el (*Winkelbauer*, *Starlinger*, *Zuschwerdt* és *Eck* stb.) A második helyre szorulnak a szövődmény gyakorisága tekintetében a GEÁ-ok, legyen az ante- vagy retrocolicusan vezetve, vagy y-alakban (*Roux*) készítve. Nagyon változó számokban találunk erre vonatkozólag adatokat az irodalomban: *Poppert* 0.2%-ra, *Sokolov* 1.5%-ra, *Haberer* 2%-ra, *Denk* 4%-ra, *Verebély* 4.5%-ra, *Balfour* 4–5%-ra, *Flörcken* és *Steden* 6.7%-ra, *Eggers* 8.9%-ra, a belgyógyász *Kalk* azonban 25%-ra teszi előfordulási gyakoriságukat. A gyomoresonkolásokkal kapcsolatban e szövődmény számáról különösen *Starlinger* (*Anschütz*) gyűjtőstatisztikájából értesülünk. Billroth II. szerint — bármilyen módosításban — végzett gyomoresonkolás után, ha az anastomosis antecolicusan volt készítve, Braun-féle összeköttetéssel — 2492 eset után — 0.5%-ban, ha retrocolicusan végezték az anastomosist — 14.273 eset után — 0.6%-ban jelentkezett e szövődmény. Billroth I. műtete után, akár a Haberer-féle terminolateralis módosítást tekintve, csupán fekély-kiújulásról beszélhetünk; 869 eset után 0.3%-ban jegyezték fel kiújulást a duodenumban, ill. a gyomorban *Starlinger*. A kirekesztéses vagy palliatív resectio után e szövődmény gyakoriságát *Denk* 6%-ra teszi. Meg kell jegyezni azt is, hogy az ulcus pepticum jejuni-val kapcsolatban előfordulhat az a szövődmény, amikor ú. n. fistula gastro-jejuno-colica keletkezik, tehát a gyomor, a vékonybél és a harántremese közösen nyílik. Erre vonatkozólag bővebb irodalmat találunk *Kotzoglou* gyűjtőstatisztikájában, valamint *Korányi* és *Forfota*, *Verebély*, *Lahey*, *Franck* és *Swinton*, *Pólya*, *Lányi*, *Hedry*, *Armentano* és *Jóna* stb. közleményeiben.

A második csoportba tartoznak azok a javító műtétek, amelyeket azért kell végeznünk, mivel az első műtét hiábavaló volt. *Balfour*, *Nordmann* ezt úgy jelölik meg, hogy az első műtét indicatio nélkül történt. Hiábavaló ugyanis akkor a műtét, ha pl. GEÁ-t végeznek és a betegnek nincsen sem gyomor- sem duodenumfekélye s csupán gyomorsüllyedést, dyspepsiás panaszokat, esetleg

ürülési zavarokat akarnak, ill. óhajtának ezzel a műtétel megszüntetni. Régebben gyakran történt ilyen hiábavaló műtét, különösen az Északamerikai Egyesült Államokban. *Balfour* ugyanis 1926-ban 343 javító műtét szemléjében rámutat arra, hogy ezek közül 131 esetben azért kellett újból megoperálni a beteget, mivel az első műtét alkalmával minden indicatio nélkül, hiábavalóan GEA.-t végezték. Ilyenkor a javító műtétnek nicsen más célja és értelme, mint a GEA. megszüntetése.

A *harmadik csoportba* tartoznak azok a javító műtétek, amelyeket azért kellett végeznünk, mivel az első műtét elégtelen érvényű volt. Ha pl. GEA. vagy palliatív resectio után a gyomorban vagy a duodenumban visszahagyott fekély nem gyógyul meg, sőt az még inkább progrediál, akkor ez a műtét elégtelen volt. Szövőd-ményes alakja az elégtelen műtétnek az, amikor a benthagyott fekély progressiójával kapcsolatban még *ulcus pepticum jejuni* fejlődik, sőt *fistula gastro-jejuno-colica*. Elégtelen a műtét akkor is, ha a műtét idején a gyomorfekély, habár makroszkoposan észre nem vehetően, rosszindulatúan elfajult és csak palliatív megoldás történt. Természetesen benthagyott fekélyrel kapcsolatban ez később is előfordulhat. De elégtelen lehet a gyökeresnek tűnő műtét, legyen az Billroth I. és Billroth II. szerinti csonkolás, illetőleg ennek bármelyik módosítása, ha a fekély kiújul. Ilyenkor az első műtét csupán formailag volt gyökeres. Végül elégtelen érvényű a műtét akkor is, ha a szabad hasüregbe átfúródott gyomor- és duodenumfekély esetén csak a fekély alapját varrja el a sebész, esetleg még GEA.-t is végez, azonban a műtét után a fekély nem gyógyul meg, sőt progrediál, s GEA. esetén pedig *ulcus pepticum jejuni* is fejlődik.

A *negyedik csoportba* tartoznak azok a javító műtétek, amelyeket azért kell végeznünk, mivel az első műtét után valamilyen technikai hiba miatt különféle, mechnikusan vagy functionalisan létrejövő ürülési zavarok támadnak. Ezek létrejöhetnek közvetlenül a műtét után heveny módon, vagy fejlődhetnek subacut lefolyással, lassan idültté válván. A heveny módon keletkező ürülési zavarokat relaparotómiával kell megoldani. A javító műtét akkor jön szóba, ha hetekkel, hónapokkal az első műtét után válik szükségessé az ürülési akadály megszüntetése. Különösen Billroth I. műtete után látjuk a szűkület lassú kifejlődését a termino-terminalis összeköttetésnek megfelelően. De Billroth II. műtete után is, végezzük azt bármely módosításban, előállhatnak azok az ürülési zavarok, amelyek okát az elvezető kacs megtöretésében, leszorításában, megcsavarodásában vagy az odavezető kacs retrograd telődésében találjuk meg. Előadódhatnak más technikai hibák is; fejlődési rendellenes-

séggel kapcsolatban be fogok számolni egy ritkán előforduló technikai hibáról, amely javító műtétet tett szükségessé.

Könnyen beíátható, hogy ezirányú tapasztalataik főleg a nagy vagy különleges gyomorsebészeknek vannak. Ha ugyanis az általános sebész palliatív műtétet végez és ezt azzal az indokolással hozza a beteg tudomására, hogy a fekélyét a megfelelő gyomor-részlettel együtt azért nem távolította el, mivel ez a gyökeres beavatkozás életét veszélyeztette volna, akkor ebbe a beteg bele-nyugszik ugyan, azonban ha a panaszai hónapok, esetleg évek múltán kiújulnak, akkor már nem keresi fel azt a sebészt, aki az első műtétet végezte. A testileg leromlott és lélekben is megtört beteg először is nagyon nehezen határczza el magát a második műtetre, másrészt pedig azt a sebészt keresi fel, aki nagy gyomorsebész hírében áll és akitől várja is a beteg, hogy betegségén gyökeresen fog segíteni. Érthető tehát, hogy *Haberer*, a németek egyik legnagyobb gyomorsebésze 1939-ben 433 javító műtétről, *Finsterer*, a legnagyobb osztrák gyomorsebész szintén 1939-ben 374 javító műtétről számol be; *Haberer* által összesen végzett 3373 gyomor-resectio 12.25%-át teszi ki a javító műtét; *Finsterer* anyagában 2433 gyomor-resectio után a javító műtétek aránya pedig 15.3%. *Balfour* a Mayo-klinika anyagából még 1926-ban 343 javító műtétről értekezik. Emellett az adatok mellett eltörpül *Nordmann* 100 esete, *Verebély* 80 esete (1935), *Steinberg* 73 esete, *Fromme* 56 esete, *Forni* 27 esete, *Matolay* 32 esete, *Strelinger* 11 esete. Ismerünk ú. n. gyűjtőstatisztikákat is; *Flörcken* és *Steden* 1926-ban 22 osztrák és német sebész anyagát mutatja be 249 eset szemléjében, *Sokolov* pedig 1928-ban 58 orosz sebész anyagát dolgozta fel 134 eset alapján.

Mi a javító műtét célja és értelme? — Könnyű a felelet. A hiábavalóan, elégtelen érvénnyel történt, vagy technikai hibával készített műtét által okozott helyzetet meg kell szüntetnünk és olyan állapotot teremtenünk, amely biztosítja a beteg gyógyulását. Legtöbbször ulcus pepticum jejuni, vagy a benthagyott fekély progressiálása miatt történik a műtét. Sokkal kisebb számban végzünk javító műtétet technikai hiba miatt vagy a fistula gastro-jejuno-colica megszüntetésére. Legkönnyebb a feladatunk akkor, ha hiábavalóan, indicatio nélkül évekkel azelőtt GEA.-t végeztek. Ilyenkor csupán ezt a gyomor-bél összeköttetést kell megszüntetnünk és a beteg megszabadul attól az állapottól, amelyet szellemesen gastro-enteroanastomosis-betegségnek neveznek (*Pribram*). A többi esetben természetesen sokkal nehezebb feladat előtt áll a sebész. Először is sokszor igen súlyos összenövések oldása után tudja csak a

gyomor, ill. összeköttetéseinek bonctani viszonyait tisztázní. Nehéz feladat — különösen hátsó anastomosis esetén — a gyomor-bél összeköttetés felszabadítása a mesocolon lemezei közül, érsérülés nélkül. Legnehezebb feladatok egyike a fistula gastro-jejuno-colica megoldása, habár gyökeres megoldás esetén kevesebb elővigyázatra van szükség, a felszabadítás alkalmával, mivel a colon transversum csonkolásával a mesenterium erei is lekötés alá kerülnek. Akár ulcus pepticum jejuni, akár benthagyott, progrediáló fekély miatt történjék a javító műtét, a beteg állapotán csak úgy segíthetünk, ha gyökeres gyomorcsonkolást végzünk. El kell távolítanunk tehát a gyomor alsó  $\frac{2}{3}$ -át, nagy gyomrok esetén  $\frac{3}{4}$ -ét is, a pylorussal együtt. Az összeköttetést végezhetjük Billroth I. vagy Billroth II. szerint, az utóbbit bármelyik módosításában is. Régebben, amikor a sebészek még kevesebb tapasztalattal rendelkeztek e téren, palliatív megoldásokat keresve igyekeztek a gyökeres műtétek nagy halálozását csökkenteni. Ma már azonban ezeknek a műtéteknek csak történelmi jelentőségük és értékük van. A cél az volt, hogy ú. n. belső gyógyszerházat (*Roux*) teremtsenek, ami aztán nemcsak a benthagyott fekélyt gyógyíthatja meg, hanem esetleg az ulcus pepticum jejuni-t is. Így pl. *Pólya* azt javasolta a hátsó GEA. helyének megfelelően fejlődő fekély esetén, hogy a gyomrot magasan rekesszük ki, újabb széles elülső anastomosis készítésével; az epe és a pankreas-nedv hatására tehát meggyógyulhat a benthagyott fekély. ill. az ulcus pepticum jejuni. Mások úgy igyekeztek segíteni, hogy az anastomosiszt a fekélyvel együtt kimetszették és újabb összeköttetést létesítettek. Végezték az *Eiselsberg*-féle pylorus-exclusiót is. Legegyszerűbb eljárás az volt, hogy a fekély alatt az elvezető kacsot átvágták és azt más helyen beültették a gyomorba, vagy pedig *Roux*-szerint y-alakban a fekély alatt a vékonybélbe. E műtéteknek az eredményei azonban rosszak voltak, úgy hogy ma csak kivételes esetben, ha a beteg igen leromlott állapota ezt megköveteli, próbálják meg azokat. Habár ilyenkor *Enderlen* javaslatára jobban beválik az a megoldás, hogy jejunostomiát készítsünk s ezen feltáplálva a beteget, a gyökeres műtétet később végrehajthatjuk. Éppen csak megemlítem, hogy a fistula gastro-jejuno-colica gyökeres műtéte igen nagy mortalitással jár s ezért legújabbban *Hedry* ajánlja: ezt a szövődményes sipolyt egyszerűen úgy oldjuk meg, hogy a colon transversum sipolyos darabját resectio útján iktassuk ki.

Az utolsó 18 hónapban 6 nagy javító műtétet volt alkalmam végezni, érdemesnek tartom tehát, hogy e betegek rövid kórtörté-

netét ismertetve, beszámoljak e ritka műtét technikai kiviteléről és eredményéről.

*1. sz. eset.* Naplószt.: 594/1946. G. I.-né, 36 éves, földm. felesége. Felvétetett 1946. május 16-án. Az első műtét 1935-ben történt; 25 éves korában epeköbetegség miatt cholecystectomiát végeztek. A második műtét 1943. augusztus 30-án; a műtő a kis hajlaton, közel a cardiához elhelyezkedő kis ökölnyi callosus fekélyt talált, amely hátrafelé, a pankreasba penetrált. Az esetet resectioa veszélyesnek, ill. alkalmatlannak minősítette és ezért a pylorus beszűkítése után antecolicus anastomosist készített, Braun-féle anastomosissal. A műtő ugyanis a hátsó anastomosist technikailag kivihetetlennek tartotta, a mesocolon megrövidülése és az itt fejlődött összenövések miatt. A műtét után a beteg fél évig türethetően érezte magát, majd kiújultak a panaszai. Az utolsó hónapokban annyira romlott az állapota, hogy 8—10 kg-ot is fogyott; táplálkozni ugyanis az állandó hányingerei, hányásai miatt nem tudott. A belgyógyászati klinikán (igazgató: Purjesz Béla dr. egyet. ny. r. tanár) pontosan kivizsgálták és megállapítva, hogy a cardia alatt, a kis hajlaton ülő fekély penetrál a pankreas felé, műtét céljából áttették a sebészeti klinikára. Kellő előkészítés (transfúziók stb.) után helyi és Braun-féle vezetékes érzéstelenítésben operáltam meg a beteget, 1946. május 21-én, harmadszor. Erős, lapszerinti széles, valamint köteges összenövések oldása után látjuk, hogy a gyomor elülső falán az antrumnak megfelelően széles anastomosis foglal helyet, alatta a Braun-féle összeköttetéssel. A jelzett helynek megfelelően kis ökölnyi callosus fekély ül, penetrálva a pankreas felé. Habár a fekély elég magasan fekküdt, gyökeres műtét elvégzésére határoztam el magamat. A gyomrot felszabadítva, azt lépcsőzetesen csonkoltam. A duodenum-csonkot elsüllyesztve, az elülső anastomosist kimetszettem a gyomorfalból s mivel itt épek voltak a viszonyok, ezt antecolicusan beültettem a gyomor-csonk alsó sarkába. Habár ez az összeköttetés technikai nehézségekbe ütközött, mégis megérte a fáradságot, mivel a Braun-féle anastomosist érintetlenül felhasználhattam. A beteg a műtétet jól tűrte és síma lefolyás után, kissé megerősödve, június 11-én gyógyultán távozott. A beteg 1947. június 2-án jelent meg ellenőrző vizsgálaton; gyomorpanaszai teljesen megszűntek, a diéta előírásokat csak részben követi. A gyomor-bél röntgen-vizsgálat ökölnyi gyomrot mutat, amely jól ürül a széles anastomosison keresztül, az elvezető kacs kompenzálólal kissé kitágult.

*2. sz. eset.* Naplószt.: 882/1946. L. V. 56 éves kereskedő. Felvétetett 1946. július 10-én. Első műtétet 1938-ban végezték. A műtő duodenum-fekélyt állapít meg, amely mérsékelt szűkületet is okozott, gyökeres műtétre alkalmatlannak minősítette és ezért hátsó GEA-t végzett a pylorus beszűkítésével. A beteg a műtét után egyideig jól érezte magát, majd panaszai újból jelentkeztek; többször támadt súlyos gyomorvérzése. Az utolsó gyomorvérzés 1946. év májusában lepte meg és ezért felkereste a belgyógyászati klinikát (igazgató: Purjesz Béla dr. egyet. ny. r. tanár), ahol pontosan kivizsgálták és kérésére javító műtét céljából áttették a sebészeti klinikára. Kellő előkészítés (transfúziók stb.) után helyi és Braun-féle vezetékes érzéstelenítésben operáltam meg másodszor a beteget 1946. július 11-én. Igen széles, köteges és lapszerinti összenövések oldása után kiderült, hogy a gyomor kb. kétszeresére tágult, a duodenum felső horizontális száján, a mellső falon heges fekély látható, ill. tapintható. A hátsó GEA.-nak megfelelően zöld diónyi fekély-daganat tapintható. A gyökeres műtétet feltétlenül elvégezni tartom és ezért a gyomrot magasan csonkolom. A duodenum-csonk elsüllyesztése után az anastomosist a gyomor falából kimetszettem és a jejunum-kacsokat, a sebszélek felírásítása után, termino-terminalisan összevarrtam.

A felső jejunumkacsot retrocolicusan vezetve beültettem a gyomor-csonk alsó sarkába Hofmeister—Finsterer szerint. Mivel a felvezetett jejunumkacs kissé hosszú volt, a termino-terminalis összeköttetés miatt, azért az oda- és elvezető szárák között összeköttetést létesítettem. A beteg a műtétet jól tűrte és megerősödve, július 24-én távozott. Ellenőrző vizsgálaton 1947. június 3-án jelent meg. A második műtét óta 15 kilót hízott, teljesen jól érzi magát. A gyomor-bél röntgen-vizsgálat ökölnyi gyomrot és jól ürülő anastomosist állapít meg.

3. sz. eset. Naplós.: 1800/1946. B. M., 53 éves napszámos. Felyétetett 1946. december 14-én. Első műtét 1929. szeptember 15-én történt. A kis hajlaton, az antrum felett ülő fekélyt talált a műtő, amelyet resectióra alkalmatlannak minősít, mivel az penetrált a pankreas felé. Hátsó GEA-t készített a típusos módon. A beteg 1942. évig általában panaszmentes volt, akkor azonban fájdalmai, panaszai kiújultak, s ezért többször állott belgyógyászati kezelés alatt. Az utolsó hónapokban azonban állapota nagy mértékben romlott; 13 kg.-t veszített testsúlyából és ezért felkeresi a belgyógyászati klinikát (igazgató: Purjesz Béla dr. egyet. ny. r. tanár). Pontos kivizsgálás után javító műtét céljából átteszik a beteget a sebészeti klinikára. Kellő előkészítés (transfusio stb.) után helyi és Braun-féle vezetéssel érzéstelenítésben operáltam meg a beteget másodszor 1946. dec. 21-én. Tömeges összenövések oldása után kiderül, hogy a kis görbület mellett, az antrum felett, a hátsó falon a pankreasba penetráló fekélye van a betegnek. F. mellett az anastomosis helyének megfelelően diónyi ulcus-tumor tapintható. A gyökeres műtétet feltétlenül javalltnak tartom, habár a beteg eléggé leromlott állapotban van. A gyomrot felszabadítva, azt magasan csonkolom; a duodenum-csonkot elsüllyesztve, az anastomosist fekélyvel együtt kimetszem és a jejunumkacsokat, a sebzélek felfrissítése után, termino-terminalisan összevarrom. Mivel a mesocolon rövid, heges, nem hátsó, hanem elülső anastomosist készítek a gyomor-csonk alsó sarka és a felvezetett jejunumkacs között, majd pedig az oda- és elvezető szárák között Braun-féle anastomosist. A pankreasba penetrált fekély alapját kanállal kikaparva és ultraseptyl-porral behintve, ezt a részt szádolom. A beteg a műtétet kitünően tűrte, a műtét utáni lefolyás síma volt és kissé megerősödve, 1947. január 24-én távozott. A beteg 1947. június 4-én jelent meg ellenőrző vizsgálaton. A műtét óta panaszmentes, 5 kilót hízott; a gyomor-bél röntgen-vizsgálat kis ökölnyi gyomrot és jól ürülő anastomosist állapít meg.

4. sz. eset. Naplós.: 1354/1947. F. G. 52 éves erdész. 1925-ben fedett gyomorfekély-átfúródás miatt kezelték, majd 1925. októberében meg is operálták. Duodenum-fekély miatt hátsó GEA-t végeztek. Habár azóta állandóan betartotta a diéta előírásokat, alkáliákat is szedett, a panaszok periódusos jelleggel folytonosan jelentkeztek. Többször volt komoly jellegű vérhányása is. Legutóbb is gyomorvérzés miatt keresi fel a belgyógyászati klinikát (igazgató: Purjesz Béla dr. egyet. ny. r. tanár), ahol pontosan kivizgálták és műtét céljából áthelyezik a sebészeti klinikára. Kellő előkészítés (transfusio stb.) után helyi és Braun-féle vezetéssel érzéstelenítésben operáltam meg másodszor a beteget 1947. április 15-én. Tömeges összenövések oldása után látjuk, hogy a duodenum felső horizontális szára deformált, heges, a gyomor kétszeresére tágult s az anastomosis helyének megfelelően diónyi ulcus-tumor foglal helyet. Gyökeres műtétet végzek. A gyomrot felszabadítva, azt magasan csonkolom, majd a duodenum-csonkot elsüllyesztve, a felszabadított anastomosist a fekélyvel együtt a gyomorfalból kimetszem. A jejunumkacsokat, a sebzélek felfrissítése után, termino-terminalisan összevarrom. Mivel a mesenterium rövid, heges, elülső anastomosist végzek a gyomor-csonk alsó sarka és a jejunumkacs között, majd pedig az oda- és



elvezető száraz között Braun-féle összeköttetést. A beteg a műtétet kitűnően tűrte, s kissé megerősödve május 10-én távozott. 1947. július 15-én jelentkezett ellenőrző vizsgálatra. A műtét óta gyomorpanaszai megszűntek, már 5 kilót hízott. A gyomor-bél röntgen-vizsgálat ökölnyi gyomrot és jól ürülő anastomosist állapít meg.

5. sz. eset. Naplós.: 373/1946. L. S. 22 éves földműves. Öt év óta vannak gyomorpanaszai, hányingerrel, hányással. A belgyógyászati klinikán (igazgató: Purjesz Béla dr. egyet. ny. r. tanár) pontosan kivizsgálták és duodenum-fekély kórismével, műtét céljából tették át a sebészeti klinikára. Kellő előkészítés után helyi és Braun-féle vezetéssel érzéstelenítésben operáltam meg a beteget 1946. február 20-án. Behatolás felső-középső hasmetszésből történt; legnagyobb meglepetésemre, a peritoneum megnyitása után, a coecum és a colon ascendens türemkedik elő. A féregnyúlvány közepén megtört, környezetéhez lapszerint lenőtt. A féregnyúlványt eltávolítottam. A coecum visszahelyezése után, előhúzva a gyomrot, látjuk, hogy az kissé tágult és a duodenum felső horizontális szárának megfelelően pengősnyi fekély ül. A gyomor csonkolását typosos módon végzem Billroth II. szerint, a gyomor-bél összeköttetést pedig Hofmeister—Finsterer szerint sarokanastomosissal készítem el. A beteg a műtétet jól tűrte, a műtét utáni lefolyás teljesen síma volt és a 10. napon gyógyultan távozott. Négy hét múlva jelentkezik azzal a panasszal, hogy habár a gyomra részéről sincsenek fájdalmai, étvágya jó, mégis azt veszi észre, hogy súly nem gyarapodik: gyengének, erőtlennek érzi magát és sokszor van hasmenése. A gyomor-bél röntgen-vizsgálat megijejtette a panasz okát; a jól ürülő anastomosison át a contrast-anyag rövid úton megjelenik a vastagbélben. A műtét alkalmával tehát az a hiba történt, hogy nem a legfelső jejunumkacsot iktattam be a gyomor-csonk alsó sarkába, hanem egy alsó ileumkacsot. Hogyan történhetett ez meg? Régebben, amikor a sebészek kevés gyakorlattal rendelkeztek e téren és ritkán végeztek GEA.-okat, többször előfordult, — Balfour néh ilyen esetről számol be — hogy tévedésből nem a legfelső jejunumkacsot, hanem alsó jejunum- vagy ileumkacsot, esetleg a terminalis kacsot ültették be a gyomorba. Ma már azonban, amikor typos-műtét a csonkolás, ilyen tévedés csak akkor fordulhat elő, mint velem is megtörtént, ha a betegnek fejlődési rendellenességét nem veszik figyelembe. A műtét kezdetén a coecum előtüremkedése a felső-középső hasmetszés-sebébe, felhívta ugyan a figyelmemet, azonban a tévedés úgy eshetett meg, hogy akkor, amikor a gyomor csonkolása után a mesocolon mögül előhúztam a bélkacsot, amely a gerincoszlop mellett rögzítve volt, s amely normális körülmények között a legfelső jejunumkacsnak felel meg, nem gondoltam e fejlődési rendellenességre. Ezt igazolta a javító műtét is, amelyet szintén helyi és Braun-féle vezetéssel érzéstelenítésben végeztem, kellő előkészítés után, 1946. ápr. 9-én. A műtét alkalmával kiderült, hogy a flexura duodenojejunalis ebben az esetben nem a szokott helynek megfelelően, hanem jóval magasabban és bal oldalt helyezkedett el. A javító műtét abból állott, hogy a gyomor-csonkot magasabban resecáltam, majd az anastomosist felszabadítottam. Az ileumkacsokat, a sebselek felrissztése után, termino-terminalisan összevarrtam. Ezután a szokott módon a legfelső jejunumkacs és a gyomor-csonk alsó sarka között retrocolicus anastomosist készítettem Hofmeister—Finsterer szerint. A beteg a műtétet jól tűrte és síma lefolyás után április 19-én gyógyultan távozott. A beteg 1947. június 5-én jelent meg ellenőrző vizsgálatra. A második műtét óta teljesen jól érzi magát, 15 kilót hízott. A gyomor-bél röntgen-vizsgálat jó ökölnyi gyomrot és jól ürülő anastomosist állapít meg.

6. sz. cscl. Naplósza.: 2058/1947. R. J. 52 éves rendőraltsízt. Első műtétet 1941. év nyarán végezték, gyomorfekély miatt Billroth II. szerint csontolták a gyomrát. A betegnek a műtét után évekig nem voltak panaszai, az utóbbi hónapokban azonban fájdalmai támadtak, hányingerek, hányások is kínozták, testúlyából is vettett 8 kg.-t. Ezért felkeresi a belgyógyászati klinikát (igazgató: Purjesz Béla dr. egyet. ny. r. tanár), ahol pontosan kivizsgálták és javító műtét céljából átteszik a sebészeti klinikára. A gyomorbennek teljes achlorhydriát mutat; a röntgen-vizsgálat retrograd ürülést, rendkívül durva nyálkahártya-reliefet, és az anastomosis tájékán fájdalmat állapít meg. Kellő előkészítés (transfuziók stb.) után a beteget helyi és vezetéssel érzéstelenítésben másodszor 1947. augusztus 7-én operáltam. Tömeges összenövések oldása után látjuk, hogy a gyomorcsont nagy, tágult; a gyomrot az eredeti Billroth II. szerinti eljárással csontolták, s a hátsó anastomosis isoperistaltikusan készítették. A duodenumot a pylorus alatt csontolták. Az anastomosis helyének megfelelően ulcus-tumor nem volt tapintható. A beteg panaszainak oka valószínűen az elégtelen, nem gyökeres resectio volt, valamint az, hogy az isoperistaltikusan beiktatott anastomosis retrograd is telődött. Ennek megszüntetése céljából gyökeres műtétet végzek. A gyomrot magasan csontolom, majd az anastomosis kimetszem a gyomorfalból. A jejunumkacsokat, a sebszélek felfrissítése után, termino-terminalisan összevarrom. A gyomorcsont alsó sarka és a felső jejunumkacs között összeköttetést létesíték Hofmeister—Finsterer szerint. Mivel a termino-terminalis összeköttetés miatt kissé hosszabb az odavezető kacs, azért közte és az elvezető kacs között oldallagos anastomosis is készítek. A beteg a műtétet kitűnően tűrte, a műtét utáni lefolyás síma volt és a beteg kissé megerősölvé, 1947. augusztus 24-én gyógyultán távozott. Távozáskor a gyomor-ből röntgen-vizsgálat ökölnyi gyomrot és jól ürülő anastomosis állapított meg.

Hat esetben végeztünk tehát újbóli, vagy javító műtétet. Négy esetben az első műtét elégtelen volt, mivel a fekély progrediált, s ezek közül három esetben ulcus pepticum jejunum is fejlődött. Két esetben technikai hiba miatt kellett javító műtétet végeznünk.

A javító műtéteknek általában nagy az elsőleges halálozásuk. Még a legjobb kezekben is. *Finsterer* 351 javító műtét után 12.2%-os halálozásról számol be: hátsó GEA-al kapcsolatos ulcus pepticum jejunum javító műtete után a halálozás 6.8%. *Haberer* 433 javító műtete után 12.1%-os összes halálozást jegyez fel; 211 ulcus pepticum jejunum műtete után a halálozás azonban 16%. *Konjetzny* kisebb anyagon kitűnő eredményekről tesz említést: 39 javító műtét után csak egy beteget vesztett el — 2.5%-os halálozás, 1935-ben. Legújabban (1947) *Steinberg*, amerikai gyomorsebész 73 javító műtét után 4.1%-os összes halálozást közöl. Régebről sokkal nagyobb halálozásról tudunk; *Matolay* 1928-ban 32 eset után 21.8%-os halálozásról számol be, *Sokolov* (1928) gyűjtőstatisztikája a halálozást 30.4%-ban, *Flörcken* és *Steden* gyűjtőstatisztikája pedig 1926-ban 18.9%-ban mutatja be, *Balfour* statisztikája — az 1936. évből — a halálozási százalékot 3.37%-ban állapítja meg, azonban a javító

műtét a legtöbb esetben az ú. n. disconnectio — az anastomosis megszüntetése, illetőleg a jejunalis fekély eltávolítása — volt.

A végső eredmények jók. *Finsterer* közlése szerint a saját eljárása szerint végzett 96 javító műtét után a betegek 91.6%-a teljesen panszmentessé vált, 4.1%-ának némi panaszai voltak, s csak 4.1%-a maradt változatlanul rossz állapotban. Nem ilyen jók a végső eredmények szerinte, ha a javító műtétet Billroth I. szerint, a Haberer-féle módosításban, végezte: 22 beteg közül csak 77.2% gyógyult meg; 13.6%-nak csak javultak a panaszai s 9% nem mutatott semmiféle változást. Legrosszabbak akkor voltak a végső eredmények, ha a resectiót a Roux-féle anastomosisal fejezte be; az így operáltak csak 33%-a gyógyult meg véglegesen; 61.9% pedig változatlanul rossz állapotban maradt. *Haberer* 113 ulcus pepticum jejuni miatt, saját eljárásával operált betegén végzett ellenőrző vizsgálatot; 95 beteg meggyógyult, 12 beteg állapota javult, és csak 6 beteg maradt változatlanul rossz állapotban. *Haberer* szerint azonban a Roux-féle megoldással befejezett resectio után jók az eredmények; 12 így operált betege mind véglegesen meggyógyult. *Balfour* szerint a disconnectioval "s 80%-ban tartósan jó eredmények biztosíthatók.

A javító műtétek közvetlen és végső eredményei alapján két tanulságot vonhatunk le: 1. gyomor- és duodenumfekélyt csupán abszolút javallat mellett operáljunk, 2. a megoldásban a gyökeres műtéti eljárásokat válasszuk. Csak akkor tekintünk el a gyökeres műtétől, ha az a legnagyobb valószínűséggel veszélyeztetné a beteg életét. Ilyenkor a kirekesztéses csonkolás mellett döntünk. A gyökeres műtétet végezhetjük Billroth I. vagy Billroth II. szerint. Az utóbbit azonban ajánlatos a Hofmeister—Finsterer-féle módosításban befejezni. Elülső anastomosis, Braun-féle összeköttetéssel, csak akkor javallt, ha a hátsó anastomosis technikailag kivihetetlen. Ilyen esetben azonban *Finsterer* ajánlatára ú. n. subtotalis gyomorresectiót kell végeznünk, hogy biztosítsuk a histamin resistens anaciditást.

Ezeket az irányelveket követve nagy mértékben csökkenthetjük azoknak a szövödményeknek a számát, amelyek újbóli, vagy javító műtétet tesznek szükségessé. *Finsterer* ugyan azt hangsúlyoztatja, hogy nincsen sebészileg megoldhatatlan fekély; azonban, mint előadásom bevezetésében kiemeltem, amíg az ulcus pepticum kórszármazását nem ismerjük, bármelyik műtéti megoldás után is is támadhatnak szövödmények. A *Finsterer* ajánlotta subtotalis gyomoresonkolás nem jelentheti a probléma megoldását. Ilyenkor ugyanis a kisgyomor okozta panaszok terhelik a beteget és az anae-

mia perniciososa lehetősége. *Finsterer* ugyan azt állítja, hogy ez kedvezőbb a beteg számára, mint a kevésbé gyökeres csonkolás utáni állapot, mert ilyenkor a fekély kiújulásának, ill. az *ulcus pepticum* jejuni keletkezésének lehetősége veszélyezteti a beteget. Ez azonban sovány vigasz a beteg és a sebész számára; különösképpen akkor, ha az első esetben bizonyossággal, a második esetben pedig kis valószínűséget jelentő lehetőséggel kell számolnunk.

### ZUSAMMENFASSUNG.

Die Ergebnisse von sechs Korrekturoperationen werden mitgeteilt. Die radikalen Eingriffe wurden in drei Fällen wegen *Ulcus jejuni pepticum*, einmal wegen Weiterentwicklung des Geschwürs durchgeführt. In drei Fällen wurde die hintere Anastomose samt dem Geschwür herausgeschnitten und radikal nach Hofmeister-Finsterer reseziert. In zwei weiteren Fällen wurden bereits resezierte Mägen wegen technischem Fehler der Korrekturoperation unterzogen. In sämtlichen Fällen wurde glatte Heilung und auch sonst ein günstiges Endergebnis erzielt.

### SUMMARY.

6 corrective operations are published. 3 have been performed for jejunal ulcer, one for progredient ulcer. In 3 cases the posterior anastomosis was removed with the ulcer itself and radical Hofmeister-Finsterer resection has been performed. Two cases were operated upon for technical failure after previous resection. Every 6 cases were cured without any disturbance and late results are satisfactory.

### Irodalom:

- Armentano L. és Jóna I.*: M. Röntgenk. 1942 1—2 sz. — *Balfour D.*: Ann. of. Surg. 84 2 (1926). — Ann. of. Surg. 94 489 (1931). — *Bársony T.*: B. O. Ujs. 1914. 403. — *Borszéký K.*: Orv. Hetil. 1919 207. — *Clairmont P.*: Schweiz. med. Wschr. 1924 9. — *Delore*: Presse méd. 1936 83. — *Demel R.*: Arch. kl. Chir. 196 100 (1939). — *Denk W.*: Arch. kl. Chir. 116 1 (1921). — *Eiselsberg A.*: Wien. kl. Wschr. 1926 25. — *Eggers*: Würzburg. Abh. 26 141 (1929). — *Enderlen*: Dtsch. med. Wschr. 1926 No. 1. — *Entz B.*: K. O. T. Évk. 1908 65. — *Eusterman G. a. Balfour D.*: The stomach and duodenum. W. B. Saunders comp. London. 1936. — *Finsterer H.*: Arch. kl. Chir. 153 581 (1924). — Arch. kl. Chir. 189 598 (1937). — Surgery etc. 68 334 (1939). — Zbl. Chir. 1942 464. — *Fischer A.*: Gyógyászat 1926 136. — *Flörcken H. u. Steden E.*: Arch. kl. Chir. 143 173 (1926). — *Friedrich L.*: Orv. Hetilap 1934 18. — *Forni G.*: Arch. kl. Chir. 202 431 (1941). — *Fromme A.*: Arch. kl. Chir. 196 281 (1939). — *Haaberer H.*: Arch. kl. Chir. 196 304 (1939).

— *Hedry M.*: O. K. 1942. 16. — *Herczel M.*: B. O. Ujs. 1911 30. — *Kalk M.*: D. Geschwür d. Magens etc. Urban & Schwarzenberg. Berlin. 1931. — *Kárpáti O.*: Gyógyászat 1935 651. — *Konjetzny G. E.*: Arch. kl. Chir. 182 685 (1935). — *Korányi A. u. Forfota E.*: Z. kl. med. 128 439 (1935). — *Kotzoglú*: Dtsch. Z. f. Chir. 221 223 (1929). — *Lahey, Franck, Swinton*: Surgery etc. 61 599 (1935). — *Lányi A.*: Orv. Hetilap 1933 155. — *Matolay Gy.*: Orvképz. 1928 19. — *Nordmann G. (Heim)*: Arch. kl. Chir. 196 119 (1936). — *Pólya J.*: Orv. Hetil. 1912 871. — Gyógyászat 1926 136. — *Poppert*: id. Flörcken u. Steden. — *Schewhet*: Arch. kl. Chir. 196 103 (1939). — *Sipos I.*: Zbl. Chir. 1942 130. — *Sokolov S.*: Arch. kl. Chir 149 230 (1928). — *Stanisoff*: Arch. kl. Chir. 196 107 (1939). — *Starlinger F.*: Ergebn. d. Chir. u. Orth. 25 380 (1932). — *Steinberg M. E.*: Surgery etc. 84 1029 (1947). — *Strclinger L.*: Orvosképz. 1928 55. — *Verebély T.*: Orv. Hetil. 1925 38 — 1935. 1356. — *Verebély T. jr.*: Arch. kl. Chir. 187 468 (1936). — *Vidakovits K.*: Orv. Hetil. 1920 341, 353, 362. — *Winkelbauer A. u. Starlinger F.*: Arch. kl. Chir. 140 460 (1926). — *Zukschwerdt u. Eck*: Dtsch. Z. f. Chir. 236 424 (1933).