

Katedra i I Klinika Chirurgiczna, Wydział Lekarski  
Akademia Medyczna w Lublinie  
Kierownik: prof. dr Tadeusz Jacyna-Onyszkiewicz

Anna PANECKA

### Ostre zapalenie trzustki

### Острое воспаление поджелудочной железы

### Acute Pancreatitis

Mianem ostrego zapalenia trzustki określa się szereg postaci chorobowych, od zapalenia śródmiąższowego, obrzękowego, do postaci najcięższej — krwotocznej martwicy trzustki. Są one uważane za różne fazy tej samej choroby. Dokładne ich rozróżnienie kliniczne jest w zasadzie niemożliwe (10, 17, 19). Jest to choroba bardzo ciężka, obarczona znacznym odsetkiem zejść śmiertelnych.

Przyczyny ostrego zapalenia trzustki usiłują tłumaczyć 4 teorie:

1. Według teorii przewodowej, opartej na hipotezie Opiego „wspólnego kanału” w wyniku zatkania ujścia brodawki Vatera żółć przedostaje się do układu przewodów trzustkowych. Zwiększone ciśnienie śródprzewodowe prowadzi do pęknięcia najcieńszych rozgałęzień i zalewania przestrzeni śródmiąższowych czynnymi fermentami trawiennymi trzustki. Następuje samotrąwienie gruczołu i martwica. Zdaniem Dragsteada toksyczne właściwości soli żółciowych są bezpośrednią przyczyną martwicy trzustki (wg 8). Hansson wykazał, że wolne kwasy żółciowe, powstające pod wpływem bakterii jelitowych są odpowiedzialne za martwicę mięszu trzustki (8). Teorię przewodową popierałoby współistnienie kamicy żółciowej oraz ostrego zapalenia trzustki w 81% przypadków (wg 17). W 50—93% zgonów z powodu ostrego zapalenia trzustki wykazano kamicy (11). Teorię „wspólnego kanału” podważają doświadczenia wykazujące, że ciśnienie w przewodzie trzustkowym jest fizjologicznie wyższe niż w żółciowym. Udowodniono, że w większości przypadków ostrego zapalenia trzustki nie stwierdza się organicznego zaczopowania w okolicy brodawki Vatera (6). Badania anatomiczne wykazały, że u ludzi zdrowych w 66% przypadków znajdowano wspólny kanał. Thal udowodnił doświadczalnie, że żółć jako taka nie jest aktywatorem fermentów trzustkowych (6).

2. Teoria naczyniowa postuluje, że kurcz naczyń trzustkowych ułatwia powstawanie produktów nieprawidłowego rozszczepiania białka, które uczynniają trypsynogen. Wykazano, że zastój żylny w gruczole sprzyja wywędrowywaniu ery-

trocytów i powstawaniu krwawień śródtrzustkowych. Stanowi to dogodny moment dla inkubacji wynaczynionej krwi z enzymami trzustkowymi. Enzymatyczne trawienie krwi wyzwała jakąś bliżej nieznaną substancję toksyczną, która z kolei wywołuje rozległe, dalsze uszkodzenia naczyń (2).

3. Teoria metaboliczna opiera się na koncepcji blokowania syntezy kwasu rybonukleinowego oraz na zakłóceniu transportu enzymów proteolitycznych z ich pozycji śródkomórkowej do systemu przewodów. Z teorią tą można by wiązać wpływ alkoholu na powstawanie ostrego zapalenia trzustki (10). Wg Kylego w 12% przypadków z nadczynnością przytarczyc występowało ostre zapalenie trzustki (15).

4. Teoria mechaniczna opiera się na pooperacyjnych uszkodzeniach gruczołu, związanych zarówno z zabiegami na narządach znajdujących się w bezpośrednim sąsiedztwie trzustki, jak i odległych.

Rozwój choroby ma charakter ostrej toksemii enzymatycznej, czego potwierdzeniem mogą być uszkodzenia spotykane jednocześnie w innych narządach, np. martwica mięśnia sercowego, nadnerczy, nerek (12). Mechanizmem obronnym ustroju jest przede wszystkim działanie uwalnianego w trzustce przeciwfermentu — antytrypsyny. Rozwój choroby nie jest więc możliwy, o ile nie nastąpi brutalne wytrącenie równowagi pomiędzy fermentami trzustkowymi, a ich inhibitorami. Od poziomu autoinhibitorów zależy jakość i rozległość zmian chorobowych określaną mianem ostrego zapalenia trzustki (12).

Ostre zapalenie trzustki występuje przeważnie u ludzi w wieku 30—60 lat, raczej otyłych, mniej więcej równie często u obu płci. U kobiet w wieku powyżej 40 lat w około 50% przypadków współistnieje kamica żółciowa. U mężczyzn poniżej 40 lat w znacznym odsetku przypadków spotyka się alkoholizm. Ostre zapalenie trzustki zdarza się podczas ciąży, po urazach brzucha, u osób cierpiących na choroby żołądka, dwunastnicy i inne choroby trzustki (12).

W I Klinice Chirurgicznej Akademii Medycznej w Lublinie w okresie od I I 1954 do 31 XII 1963 leczono 27 chorych z powodu ostrego zapalenia trzustki. W okresie 1954—1960 16 osób (grupa I), a w okresie 1961—1963 — 11 osób (grupa II). Wśród chorych było 7 mężczyzn i 20 kobiet. Wiek mężczyzn 35—56 lat, wiek kobiet 28—70 lat. 7 chorych podawało w wywiadach kamice żółciową, 2 — alkoholizm. W 13 przypadkach w czasie zabiegu operacyjnego lub sekcji stwierdzono kamice dróg żółciowych (ok. 50%). W 11 przypadkach rozpoznano krwotoczną martwicę trzustki bądź śródoperacyjnie, bądź na sekcji. W 9 przypadkach rozpoznano postać obrzękową ostrego zapalenia trzustki. W pozostałych — nie sprecyzowano rozpoznania.

Choroba ta ma nagły początek, często po spożyciu ciężkostrawnego pokarmu lub alkoholu. Głównym i stałym objawem jest ból, w 60% przypadków o dużym nasileniu, najczęściej umiejscowiony w nadbrzuszu, często w podżebrzach. Z czasem obejmuje cały brzuch. W ciężkich przypadkach ból jest odczuwany poza mostkiem lub w okolicy serca. Ból promieniuje często do lewej okolicy lędźwiowej lub lewej połowy klatki piersiowej. Niejednokrotnie ma charakter opasujący. Charakterystycznym objawem są częste i uporczywe wymioty, nieobfite, występujące

w 83% przypadków (5, 14). Znamionym dla ostrego zapalenia trzustki jest wstrząs zjawiający się już we wczesnej fazie choroby. Ciężota ciała może być normalna, nawet w ciężkich przypadkach, albo miernie podwyższona. Charakterystyczne jest przyspieszenie tętna nieproporcjonalne do temperatury (4, 5). Często stwierdza się zaczerwienienie twarzy. Niekiedy obserwuje się nadmierną ruchliwość chorych, a nawet objawy tężyczkowe (5). Badaniem ręcznym wyczuwa się w nadbrzuszu poprzecznie ułożone bolesne zgrubienie odpowiadające trzustce oraz bolesność nadbrzusza albo podżebrzy. U około 35% chorych występuje wczesnie niedrożność porażenna (14). W innych przypadkach stwierdza się objawy zapalenia otrzewnej.

Tab. 1. Objawy — Symptoms

	Bóle w rzucie trzustki	Bóle w prawym podbrz.	Bóle w pr. podżebrzu	Bóle w lewym podżebr.	Bóle w obu podżebrzach	Wstrząs	Wymioty	Nudności	Objawy otrzewnowe	Objawy niedrożności	Zółta-czka	Temperatura przeciętna
Liczba przyp.	15	1	6	3	2	11	15	3	8	6	1	37°C

Badania pracowniane wykazują: poziom diastazy w surowicy krwi wzrasta już w kilka godzin od wystąpienia pierwszych objawów i utrzymuje się przez kilka godzin. Diastaza w moczu występuje później, do 20 godz. od początku choroby, a utrzymuje się do 10 dni. W przypadku uszkodzenia nerek test diastazowy będzie ujemny. Test ten nie jest zjawiskiem patognomicznym, wyłącznie dla ostrego zapalenia trzustki. Bywa dodatni i w innych chorobach jamy brzusznej, np. w pękniętym wrzodzie żołądka (1, 11, 13, 19). Nie zachodzi również współzależność pomiędzy wysokością poziomu diastazy, a ciężkością stanu chorego (13). Spostrzeżenia nasze zgodne są z tą opinią — w 9 najcięższych przypadkach poziom diastazy w surowicy krwi i moczu był w normie lub bardzo nieznacznie podwyższony. Pewniejsze dane rozpoznawcze uzyskuje się, określając diastazę oraz lipazę w płynie z jamy otrzewnej, której próbnę nakłucie jest polecane (3, 11, 19). Oznaczanie lipazy w surowicy krwi ma znaczenie diagnostyczne, ale ponieważ jest trudne i długotrwałe, a więc klinicznie nieprzydatne (19). Wysokie stężenie diastazy stwierdza się również w płynie opłucnowym zjawiającym się w 40% przypadków ostrego zapalenia trzustki, przede wszystkim w lewej jamie opłucnej (obj. Clairmonta 2, 3, 7). Przecukrzenie krwi spotyka się w ok. 74% przypadków, a cukromocz — w ok. 20%. Znamionym objawem jest wysoka leukocytoza (5, 12). W pewnym odsetku przypadków znajduje się hipokalcemię postępującą równoległe do rozległości zmian martwi-

czych (13, 19). Obserwuje się obniżenie poziomu Mg, Na, Cl, K w surowicy krwi. Występuje hipoprotrombinemia. Northam opisał ostatnio test przydatny wyłącznie w rozpoznawaniu krwotocznego zapalenia trzustki, tj. stwierdzenie methemalbuminemia. Test ten jest dodatni i trwa tak długo, jak choroba (16). Wcześniej występują zmiany w EKG w postaci wydłużenia Q-T, podwyższenia załamka T, zwolnienia akcji serca. Statystycznie określono, że u 50% chorych z ostrym zapaleniem trzustki stwierdza się zmiany nerkowe. Najczęstszą i najłżejszą jest prosty białkomocz. Najcięższą formą powikłania nerkowego są śródnerkowe i okołonerkowe krwiaki połączone z bezmoczem (4).

Badanie radiologiczne służy przede wszystkim do wykluczenia innych nagłych chorób, jak np. pękniętego wrzodu żołądka. W ostrym zapaleniu trzustki można stwierdzić objaw pętli wartownika, tj. obecność rozdętych gazami pętli jelita cienkiego leżących w lewym nadbrzuszu, rozdęcie poprzecznicy, małą ruchomość przepony. W rozpoznawaniu różnicowym należy wykluczyć pęknięty wrzód żołądka, zator tętnicy krępkowej, niedrożność jelit, zapalenie otrzewnej, zawał mięśnia sercowego. Obecnie rozpoznanie ostrego zapalenia trzustki jest trafne w 83% przypadków (19), (tab. 2).

Leczenie ostrego zapalenia trzustki (o. z. t.) do r. 1929 było wyłącznie operacyjne. Wyniki dawało złe, śmiertelność powyżej 60%. Wobec tego wprowadzono zachowawczy sposób leczenia (5). Dalsze doświadczenia oraz zastosowanie nowych leków pozwoliło na ustalenie postępowania uznanego dziś w większości ośrodków chirurgicznych. Opieramy je na: 1) zwalczaniu wstrząsu, 2) zahamowaniu czynności wydzielniczej trzustki, 3) opanowaniu zakażenia i 4) leczeniu przyczynowym, biologicznym, przeciwfermentami.

Ad 1. Podajemy środki przeciwbólowe (oprócz morfiny), jak dolantyna, nowokaina. Stosujemy wyłączenia nowokainowe nerwu trzewnego. Mieszanki lityczne: largaktil, fenergan, dolantyna. Stosujemy przetaczanie krwi, plazmy, stężonej albuminy. Uzupełniamy straty wody, wyrównujemy niedobory elektrolitów. Podajemy hormony kory nadnercza.

Ad 2. Stosujemy w ciągu pierwszych dni choroby bezwzględnie głodówkę, stałe odsysanie treści żołądkowej, leki wyłączające nerw błędny z atropiną na czele.

Ad 3. Podajemy antybiotyki o szerokim działaniu, najlepiej tetracykliny.

Ad 4. Obecnie, w pierwszej fazie choroby stosujemy leczenie przyczynowe polegające na zwalczaniu toksemii enzymatycznej przy pomocy przeciwfermentów. Pierwszym i dotychczas właściwie jedynym jest trasyłol. Wzmaga on naturalne środki obrony ustroju przynosząc przeciwfermentom ustrojowym szybką pomoc (14). Zastosowanie tego leku

Tab. 2. Wyniki badań wykonanych w pracowniach  
Pathological reports

Diastaza surowicy krwi w j. Wohlg	Diastaza w moczu		Analiza moczu		Leukocytoza		Poziom cukru w surowicy krwi		Jonogram	Poziom moczniaka we krwi	EKG	Radioskopia płuc	Cholangiografia
	Liczba przyp.	Liczba przyp.	Bez zmian	Liczba przyp.	< 10 tys.	> 10 tys.	Określano w 8 przyp.	Określano w 15 przyp.					
16	2	64	2	8	< 10 tys.	7	Określano w 8 przyp. <td>Określano w 20 przypadkach, U 12 chorych prawidłowy.</td> <td>Określano w 20 przypadkach, U 12 chorych prawidłowy.</td> <td>Określano w 20 przypadkach, U 12 chorych prawidłowy.</td> <td>Wykonano u 20 chorych zmian patologicznych. U 6 stwierdzono w lewej jamie opłucnej ka żółciowego</td> <td>Wykonano w 12 przypadkach U 6 chorych brak cech patologicznych. U 6 stwierdzono złośliwość lub nieokreślenie się pęcherzyka żółciowego</td>	Określano w 20 przypadkach, U 12 chorych prawidłowy.	Określano w 20 przypadkach, U 12 chorych prawidłowy.	Określano w 20 przypadkach, U 12 chorych prawidłowy.	Wykonano u 20 chorych zmian patologicznych. U 6 stwierdzono w lewej jamie opłucnej ka żółciowego	Wykonano w 12 przypadkach U 6 chorych brak cech patologicznych. U 6 stwierdzono złośliwość lub nieokreślenie się pęcherzyka żółciowego	
64	5	128	4	9	< 15 tys.	5	Określano w 15 przyp. <td>Określano w 13 przypadkach, U 12 prawidłowy.</td> <td>Określano w 13 przypadkach, U 12 prawidłowy.</td> <td>Określano w 13 przypadkach, U 12 prawidłowy.</td> <td>Wykonano u 20 chorych zmian patologicznych. U 6 stwierdzono w lewej jamie opłucnej ka żółciowego</td> <td>Wykonano u 20 chorych zmian patologicznych. U 6 stwierdzono w lewej jamie opłucnej ka żółciowego</td>	Określano w 13 przypadkach, U 12 prawidłowy.	Określano w 13 przypadkach, U 12 prawidłowy.	Określano w 13 przypadkach, U 12 prawidłowy.	Wykonano u 20 chorych zmian patologicznych. U 6 stwierdzono w lewej jamie opłucnej ka żółciowego	Wykonano u 20 chorych zmian patologicznych. U 6 stwierdzono w lewej jamie opłucnej ka żółciowego	
128	6	512	5	10	< 10 tys.	10	w granicach	Użytkowano wartości 19-128 mg %	Użytkowano wartości 19-128 mg %	Użytkowano wartości 19-128 mg %	Wykonano u 20 chorych zmian patologicznych. U 6 stwierdzono w lewej jamie opłucnej ka żółciowego	Wykonano u 20 chorych zmian patologicznych. U 6 stwierdzono w lewej jamie opłucnej ka żółciowego	
256	3	1024	6	5	> 10 tys.	5	72-120 mg %	Ca w 3-ch przypadkach, 7-9 mg %	Ca w 3-ch przypadkach, 7-9 mg %	Ca w 3-ch przypadkach, 7-9 mg %	Wykonano u 20 chorych zmian patologicznych. U 6 stwierdzono w lewej jamie opłucnej ka żółciowego	Wykonano u 20 chorych zmian patologicznych. U 6 stwierdzono w lewej jamie opłucnej ka żółciowego	
512	4	2048	6										
1024	3												

Tab. 3. Sposoby i wyniki leczenia  
Methods and results of treatment

Liczba przyp.	Typowe zachow. bez trasylolu	Zachowawcze + trasylol		Zachow. a wobec pogorszenia operac.	Operac. w ostr. okresie	Operacyjne — pomyłka rozpozn.	Operac. po cofnięciu się objawów ostr. zapal.
		8	4				
3		8	4		11	1	10
0		0	2		7	0	2
				1 z I grupy chorych	wyłącznie z I gr. chorych		1 zgon z I gr. chorych
				1 z II grupy chorych			1 zgon z II gr. chorych

we wczesnym okresie choroby daje wyniki szybkie i bardzo dobre (18). L é c o n t e donosi o korzystnym działaniu innego inhibitora fermentów trzustkowych — CY66, iniprolu. Są próby zastosowania w leczeniu ostrego zapalenia trzustki pochodnych tiomocznika. Uzyskiwano znaczną poprawę po podaniu parathormonu (9). Używano hipotermii jako metody zmniejszającej aktywność i wydzielanie fermentów trzustkowych (13). Leczenie zachowawcze musi być energiczne, wielokierunkowe i jak najszybciej wszczęte.

Natychmiastowa operacja, przy ustalonym rozpoznaniu, nie jest wskazana, natomiast w przypadkach niepewności lub błędów rozpoznawczych — nieunikniona. Zabieg operacyjny wchodzi w grę dopiero w okresie późniejszym choroby (co najmniej kilka dni), gdy leczenie zachowawcze nie poprawia stanu chorego, względnie gdy po krótkotrwałej poprawie nasilają się objawy ogólne i miejscowe, potęguje się zapalenie otrzewnej. Zabieg musi być jak najprostszy i jak najkrótszy. Jesteśmy zwolennikami odessania płynu z jamy otrzewnej oraz z torby sieciowej. Oglądamy starannie trzustkę (z dostępu przez nacięcie więzadła żółdkowo-okrężniczego) i otwieramy ogniska martwicy. Wykonujemy wyłączenia nowokainowe zwojów trzewnych. Do torby sieciowej wprowadzamy drenik, przez który podajemy antybiotyki, a obecnie i trasyrol. Z reguły odbarczamy drogi żółciowe, zakładając przetokę pęcherzykową, a w przypadkach gdzie pęcherzyk był normalny, a przewód żółciowy wspólny poszerzony, stosowaliśmy drenaż przewodu metodą K e h r a. Jesteśmy przeciwnikami wszelkich większych zabiegów, jak drenaż przewodu Wirsunga, *sphincterotomia*.

Po ustąpieniu ostrych objawów chorobowych należy wykonać badania w kierunku kamicy dróg żółciowych z cholangiografią dożylną lub przez przetokę żółciową na czele. W wypadku stwierdzenia zmian, w dogodnym okresie czasu po uzupełnieniu wszelkich deficytów należy wykonać odpowiedni zabieg operacyjny na drogach żółciowych. Jak wynika z naszego materiału (tab. 3), zwłaszcza z okresu ostatnich 4 lat, postępowanie to jest słuszne, bo uwieńczone pełnym powodzeniem. W przypadkach nie powiązanych z chorobami dróg żółciowych uważamy, że leczenie zachowawcze z zastosowaniem podstawowego leku — trasyrolu — jest wielkim osiągnięciem terapeutycznym ostatnich lat. (tab. 3).

Z tab. 3 wynika, że na 27 przypadków o. z. t. było 11 zgonów = 40,7%. Na 16 przypadków leczonych w okresie 1954—1960 (gr. I) było 9 zgonów, tj. 56%. Na 11 przypadków leczonych w okresie 1961—1963 (gr. II) były 2 zgony, tj. 18%. Wśród 16 przypadków obserwowanych w okresie 1954—1960 leczono operacyjnie w trybie nagłym 10 chorych, z których zmarło 7. W przypadkach które zmarły wykonywano: 1) przecięcie zwieracza Oddiego (dziś oceniamy jako błędne wskazanie), 2) zespolenie

przewodu żółciowego wspólnego z dwunastnicą (za duży zabieg w zbyt ciężkim stanie chorego), 3) typowy zabieg polecany w przypadkach ostrego zapalenia trzustki. W okresie tym nie stosowaliśmy trasylołu i hormonów kory nadnercza. Znaczny spadek śmiertelności w okresie 1961—1963 należy odnieść przede wszystkim do: a) zastosowania jako reguły wstępnego, pełnego leczenia zachowawczego, b) wprowadzenia trasylołu, c) prawidłowego i szybkiego rozpoznania.

Ostre zapalenie trzustki (o. z. t.), niezmiernie ciężka, obarczona dużą śmiertelnością choroba nie ma dotychczas całkowicie wyjaśnionej etiopatogenezy. Z obserwacji klinicznych oraz licznych doświadczeń wynika, że kamica żółciowa odgrywa dużą, ale nie jedyną rolę w jej powstawaniu. Liczne badania pracowniane oraz obraz kliniczny pozwalają dziś na łatwiejsze, pewniejsze i szybsze rozpoznawanie tej choroby. Natychmiast wszczęte leczenie zachowawcze, przyczynowe, pozwala na ocalenie wielu chorych. Nie wykluczamy udziału leczenia operacyjnego w przypadkach z rozwijającym się i nasilającym zapaleniem otrzewnej oraz w przypadkach dominowania objawów ze strony dróg żółciowych nad objawami ze strony trzustki. Po ustąpieniu ostrego stanu choroby należy bezwzględnie przeprowadzić badania radiologiczne dróg żółciowych. W przypadkach ze stwierdzonymi złoгами w drogach żółciowych oraz w przypadkach zwężeń organicznych w zakresie brodawki Vatera nieodzowne jest odpowiednie leczenie operacyjne po wygaśnięciu objawów ostrego zapalenia.

#### PIŚMIENNICTWO

1. Albo R. i wsp.: Arch. Surg. 6, 1032, 1963.
  2. Anderson M.: Arch. Surg. 83, 467, 1961.
  3. Berchtold R.: Schweiz. Med. Wschr. 92, 1655, 1962.
  4. Bernard A. i wsp.: Presse Med. 68, 1705, 1960.
  5. Butkiewicz T.: Pol. Przegl. Chir. 22, 240, 1950.
  6. Mc. Cutcheon A.: Lancet 1/7232, 710, 1962.
  7. Goldman M. i wsp.: The New Engl. J. Med. 266, 925, 1962.
  8. Hansson K. i wsp.: Ac. chir. scand. 126, 338, 1963.
  9. Hernandez I. i wsp.: Surgery 50, 143, 1961.
  10. Jankowski T.: Pol. Przegl. Chir. 33, 923, 1961.
  11. Jasiński S.: Pol. Tyg. Lek. 18, 1886, 1963.
  12. Léconte Ph.: France med. 25, 169, 1962.
  13. Lilljekvist R.: Ac. chir. scand. 115, 433, 1958.
  14. Mallet-Guy P. i wsp.: Bul. Soc. Int. Chir. 22, 531, 1963.
  15. Mixter Ch. i wsp.: New Eng. J. Med. 6, 265, 1962.
  16. Northam B. i wsp.: Lancet 1/7277, 347, 1963.
  17. Nowicki S.: Pol. Przeg. Chir. 22, 353, 1950.
  18. Panecka A. i wsp.: Pol. Tyg. Lek. 19, 1729 1964.
  19. Perzyna T.: Zagadnienie rozpoznawania ostrego zapalenia trzustki. Sympozjum współczesnej medycyny. PZWL, Warszawa 1961.
- Pracę otrzymano 16 III 1965.

## РЕЗЮМЕ

На основании 27 случаев острого воспаления поджелудочной железы, леченных в I Хирургической клинике Медицинской академии в Люблине, в период 1954—1963 г. и опытов других авторов следует, что желчно-каменная болезнь играет значительную, но не единственную роль для возникновения болезни. Многочисленные клинические опыты и лабораторные исследования дают возможность поставить диагноз более точно и верно. Немедленно начатое полное консервативное лечение главным образом трасилолом позволяет спасти многих больных. При развивающихся воспалениях брюшины или при наличии больных не реагирующих на консервативное лечение, надо прибегнуть к оперативному вмешательству. Оно должно быть простое: отсасывание жидкости из полости брюшины, ее дренирование, наложение желчной фистулы. После исчезновения острых симптомов надо произвести рентгенологическое исследование желчных путей, а при обнаруживании камней или органического сужения бородавки Vater'a применять соответствующую операцию желчных путей.

Табл. 1. Симптомы.

Табл. 2. Результаты лабораторных исследований.

Табл. 3. Способы и результаты лечения.

## SUMMARY

Twenty-seven cases of acute pancreatitis treated in the I Clinic of Surgery in Lublin, in the years 1954—1963, are presented. The investigations of the author and those of other workers show that acute pancreatitis is mostly, but not always, due to cholelithiasis. Recent experience in this field and new pathological methods make possible early diagnosis. Operation is recommended in all cases where conservative treatment proves ineffective or peritonitis develops. The operation ought to be as simple as possible: evacuation of the fluid from the peritoneal cavity, drainage, cholecystostomy and choledochostomy. During the recovery period cholangiography is necessary. If concrements in the bile duct or stricture of the papilla Vateri occur, another operation ought to be carried out.