

## **SAFRA KESESİ CERRAHİSİNDEKİ İLERLEMELER**

**(954 Vak'a münasebetiyle)**

**Dr. Sermet Akgün\***

**Dr. Ahmet Yayıoğlu\*\***

Son yıllarda ameliyat önu ve sonu bakımındaki ilerlemeler, anesteziadaki gelişmeler, fazla miktarda kan naklinin mümkün olması, kan kimyasının daha iyi bilinmesi ve dolayısıyla su elektrolit dengesinin korunabilmesi gibi faktörler sebebiyle her çeşit ameliyatlarda mortalite ve morbiditenin büyük bir nisbette azaldığı yayınlanan istatistiklerde aşikâr olarak görülmektedir. (12)

Gene aynı faktörler sebebiyle gençlere nazaran mortalite ve morbiditesi yüksek olan, yaşları 60 tan yukarı kimselerin geçmiş yıllara nisbetle büyük bir ölçüde ameliyat edilebilmeleri sağlanmıştır. (17) Bu gelişmelerin yanı sıra bizzat cerrahi teknikteki ilerlemelerin de yukarıda saydığımız konularda çok önemli rol oynadığı muhakkaktır. Son yıllarda gastro - intestinal sistem cerrahisinin en sıklıkla yapılan ameliyatlarından bir olan kolesistektominin cerrahi teknikindeki gelişmeler bunun güzel bir misalini teşkil etmektedir. (4, 5, 6, 9, 14, 15, 16, 18).

Bu yazımızda safra kesesi cerrahisindeki ilerlemelerle bunların uygulanmasından aldığımız sonuçları bildireceğiz.

### **MATERYEL VE METOD**

İncelemelerimizi, 1950 - 1963 yılları arasındaki 13 sene zarfında 1. Cerrahi Kliniğine yatarak ameliyat olmuş 954 vak'a üzerinde yaptık. Bunlardan 1950 ile 1958 yılları arasındaki sekiz sene zarfında eski teknikle ameliyat olmuş 622 vak'ayı bir grupta, 1958 ile 1963 yılları arasındaki beş sene zarfında yeni teknikle ameliyat edilmiş 332 vak'ayı diğer bir grupta inceledik. Eskiden uyguladığımız kolesistek-

\* A. Ü. Tıp Fakültesi I. Şirürji Doçenti.

\*\* A. Ü. Tıp Fakültesi I. Şirürji Uzman Asistanı.

tomi tekniği ile 1958 yılındanberi uygulamakta olduğumuz tekniğin arasında şu farklar bulunmaktadır :

1 — Kesi : Eskiden sağ kosta kenarına paralel ve orta çizgiyi geçmeyen oldukça küçük bir kesi kulalanılmaktaydı. (Kocher) Yeni teknikte orta çizginin 1 .5 ile 2 cm . kadar sağında, kosta kenarından başlayıp vakanın şişman veya zayıf oluşuna ve karın şekline göre göbeğin 3 ile 10 cm . kadar altına inen uzunlamasına bir kesi kullanılmaktayız. (Göbek üstü ve altı sağ paramedian kesi).

2 — Gözlem : Eski teknikte komşu karın organlarının gözlemine lâzım gelen önem verilmiyordu. Yeni teknikte ise karın gözlemine özel bir önem verilmektedir. Karın açıldığı zaman hususi surette hazırlanmış laparotomi fişlerine yazılmak suretiyle ; duodenum, mide, hiatus özofagikus, karaciğer sağ ve sol lobu, dalak, omentum minus, pankreas, kolonlar, appendiks, ince barsaklar ve kadın hastalarda uterus adnaksler muayene edilmekte bazan bu organlarda görülen ve cerrahiye ilgilendiren patolojik durumlar aynı seansta ameliyat edilmektedir.

3 — Kan damarları ve safra yollarının ortaya çıkarılması : (Diseksiyon)

Eski teknikte diseksiyon yapılmamakta, duktus sistikus ve a. sistika birlikte dikişli bir bağlama ile anatomik durum kat'i olarak bilinmeden bağlanıp kesilmekte idi. Bu sebepten bağlanan ve kesilen anatomik oluşumların neler olduğu ve nerelerden kesildiği bilinmekteydi. Yeni teknikteyse duktus sistikus ve arteria sistika, bağlanıp kesilmeden önce ; koledok, a. hepatica dekstra diseke edilerek meydana çıkarılmakta, bağlanan arterin a. sistika olduğu kati olarak anlaşıldıktan sonra, önce arter bağlanıp kesilmekte sonra da duktus sistikus, duktus hepatikusla birleştiği köşeye kadar disike edilerek bulunmakta ve bu köşeden 2 - 3 mm. uzaktan duktus sistikus hem serbest hem de dikişli olarak çift bağlandıktan sonra kesilmektedir.

4 — Safra kesesinin çıkarılması : Eski teknikte safra kesesi karaciğer yatağından, duktus sistikusa konan bir pensin yukarı doğru çekilmesiyle sıyrılarak ayrılmakta ve karaciğer yatağı ile safra kesesi arasındaki damar ve aksesuar safra kanallarının olup olmadığına bakılmamakta, kanayan safra kesesi yatağına bir ucu deri kesisenden

dışarı çıkarılmak üzere gaz iodoforme ve kalın bir lastik dren konmakta idi. Yeni teknikte ise safra kesesi, karaciğer yatağından serozası korunmak üzere subseroz olarak bistüri veya makas yardımı ile diseke edilerek çıkarılmakta, diseksiyon esnasında ortaya çıkan damar veya aksesuar safra kanalları bağlanmaktadır. Sonunda safra kesesi yatağı evvelce her iki yandan takriben 1 cm. genişliğinde bırakılan serosaların karşılıklı dikilmesiyle tamamıyla kapatılmaktadır. Ameliyat esnasında ve ameliyattan sonra omentum minus ve karaciğer altında toplanması ihtimali olan kan, safra ve lenf'in drenajı için yumşak olan pen - rose dren'i kullanılmakta olup, dren ekseriya ameliyat kesisinin sağ tarafından yapılan bir cm. uzunluğundaki ayrı bir kesiden karın dışına çıkarılmaktadır.

Ameliyat esnasında yapılan kolangiografi ve kolodokotomi teknik ve endikasyonlarından konumuz dışında kalması sebebiyle bu yazımızda bahsetmiyeceğiz.

## BULGULAR

Birinci gruptaki 622 vâk'ının 407 tanesi kadın 215 tanesi erkek idi. (% 65.4 kadın, % 34.6 erkek) . İkinci gruptaki 332 vak'ının 238 tanesi kadın 94 tanesi erkek idi. (% 71.3 kadın, % 28.7 erkek) . Ortalam yaş birinci grupta 41, ikinci grupta 46 idi. (Tablo 1) .

**TABLO I : 1. ve 2. grupa ait vak'alar**

| Gruplar           | V a k ' a l a r |      |           |      | Toplam | Yaş<br>ortalaması |
|-------------------|-----------------|------|-----------|------|--------|-------------------|
|                   | K a d ı n       |      | E r k e k |      |        |                   |
|                   | Sayısı          | %    | Sayısı    | %    |        |                   |
| 1. Grup 1950 - 58 | 407             | 65.4 | 215       | 34.6 | 622    | 41                |
| 2. Grup 1958 - 63 | 238             | 71.3 | 94        | 28.7 | 332    | 46                |

Birinci gruptaki vak'aların 538 i taşlı kolesistit 86 sı taşsız kolesistit idi (%86.2 taşlı, %13.8 taşsız) . İkinci gruptakiler ise 323 taşlı, 9 taşsız kolesistit idi. (% 97.3 ü taşlı, % 2.2 taşsız). (Tablo II).

**TABLO II : Taşlı ve taşsız kolesistit nisbeti**

| Gruplar           | Taşlı Kolesistit |      | Taşsız Kolesistit |      |
|-------------------|------------------|------|-------------------|------|
|                   | Sayısı           | %    | Sayısı            | %    |
| 1. Grup 1950 - 58 | 538              | 86.2 | 86                | 13.8 |
| 2. Grup 1958 - 63 | 323              | 97.3 | 9                 | 2.7  |

Birinci gruptaki vak'aların ameliyat olduktan sonra klinikte kalma müddetleri ortalama 15.5 gün olmasına mukabil ikinci grupta bu müddet ortalama 9 gün olarak bulunmuştur. Birinci grupta ameliyat tekniği ile ilgili fakat ölümle sonuçlanmayan komplikasyon olarak; 17 safra fistülü, 2 koledok bağlanması, 5 safralı karaciğer altı ve üstü absesi, 4 kan trasfüzyonunu icabettirecek derecede kanama görülmesine mukabil, ikinci grupta ameliyat tekniği ile ilgili komplikasyona rastlanmamıştır. (Tablo III). Bunlardan 17 safra fistülünden 9 una, 2 koledok bağlanmasına ve 5 abseye ikinci müdahale yapılmak zorunda kalmıştır.

**TABLO III : Ameliyat tekniği ile ilgili öldürücü olmayan komplikasyonlar**

| Komplikasyonlar    | 1. Grup | 2. Grup | 2. Cerrahi Müdahale |
|--------------------|---------|---------|---------------------|
| Safra fistülü      | 17      | —       | 9                   |
| Koledok bağlanması | 2       | —       | 2                   |
| Safralı apse       | 5       | —       | 5                   |
| Kanama             | 4       | —       | —                   |
|                    | 28      | —       | 17                  |

Birinci gruptaki 622 vak'ada ameliyatla ilgili 19 ölüm görülmüş buna karşılık ikinci gruptaki 332 vak'ada ölüm görülmemiştir. Birinci gruptaki 19 ölümden 14 ünde ölüm sebebi hepatik koma (Büyük bir ihtimalle a. hepatica dekstra bağlanması sebebiyle) 3 ünde koleperituan, ikisinde sebebi bilinmeyen kalp ve dolaşım yetmezliğidir. (Tablo IV).

TABLO IV : 1. ve 2. gruptaki mortalite ve sebepleri

| Gruplar           | Kolesis-<br>tektomi<br>Sayısı | Mortalite |   | Ölüm sebepleri     |                   |                                  |
|-------------------|-------------------------------|-----------|---|--------------------|-------------------|----------------------------------|
|                   |                               | Sayı      | % | K. Ciğer<br>koması | Kolepe-<br>rituan | Kalp ve<br>Dolaşım<br>yetmezliği |
| 1. Grup 1950 - 58 | 622                           | 19        | 3 | 14                 | 3                 | 2                                |
| 2. Grup 1958 - 63 | 322                           | —         | — | —                  | —                 | —                                |

## TARTIŞMA

1958 yılından beri Kliniğimizde uygulamakta olduğumuz yeni kolesistektomi tekniğinin eski tekniğimize bir çok bakımdan üstünlüğü aşikârdır. Nitekim tablo III ve IV ün incelenmesinden görüleceği üzere 1950 - 1958 yılları arasında eski teknikle ameliyat edilen 622 vak'ada ameliyat tekniğine bağlı komplikasyon % 4.8 ve mortalite % 3 olmasına mukabil 1958 - 1963 yılları arasında yeni teknikle ameliyat edilen 322 vak'ada komplikasyon ve ölüm görülmemiştir. Yeni tekniğin üstünlüklerini sırasıyla şöyle belirtebiliriz :

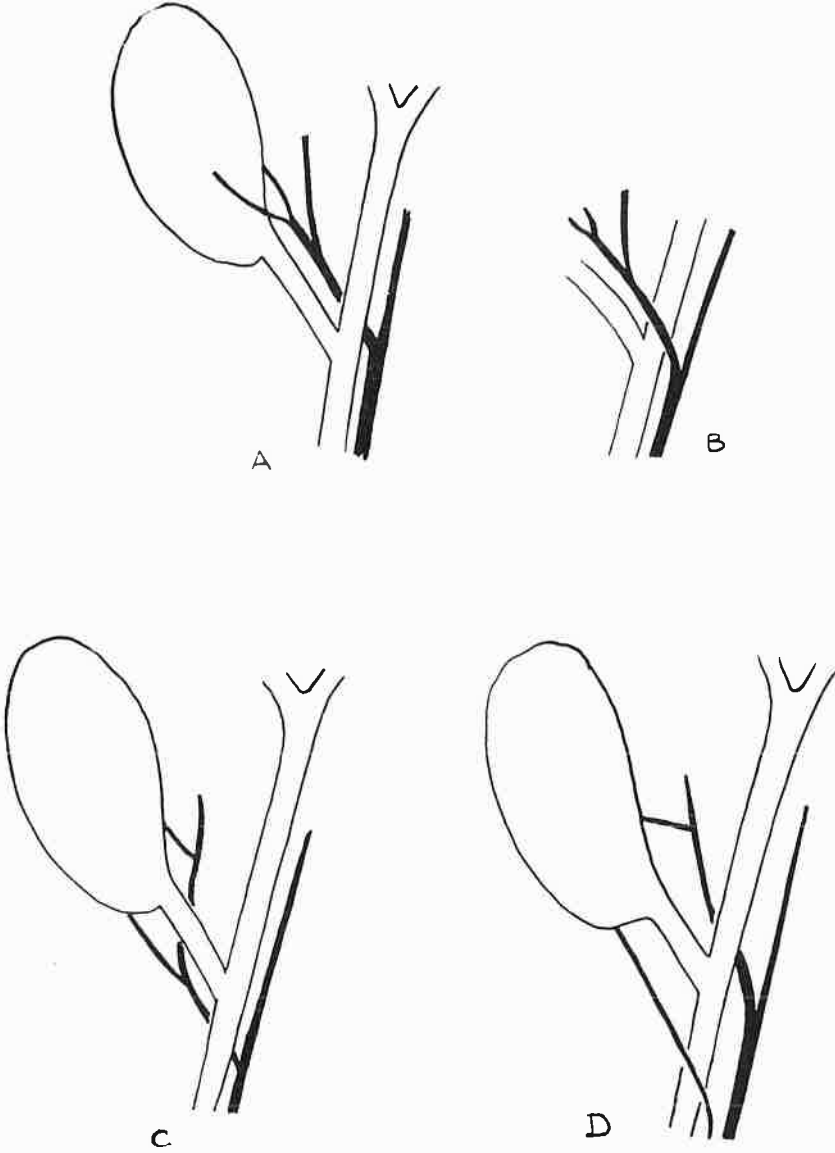
1 — Kesi : Safra kesesi ameliyatı için kullanılan kesinin komşu organların gözlemine, safra yolları ameliyatını ilgilendiren anatomik oluşumların diseksiyonuna elverişli olması, safra yollarının sondajı ve kanama kontrolü için yapılması gerekli manüplasyonlara imkân vermesi lâzımdır. Yeni teknikte kullandığımız göbek üstü ve altı sağ paramedian keside bu özellikler vardır. Bu kesi ile interkostal sinirler orta çizgiye kadar kesilmeden korunabildiğinden ameliyat sonu kesi fıtığına da yol açmaz. Bu kesi ile ameliyat edilmiş vak'alarda bu çeşit fıtık görülmemiştir.

2 — Gözlem : Ameliyat önu muayeneleri her vak'ada safra kesesi patolojisiyle birlikte bulunan karın içi diğer bir patolojik durumu meydana çıkarmıyabilir. Bu sebeple bazı vak'alarda safra kesesi ameliyatına rağmen şikâyetler geçmeiye devam eder. Göz ve el yardımıyla yapılacak iyi bir karın içi araştırması bu çeşit şikâyetlere sebep olabilecek patolojik durumların meydana çıkarılmasını sağlar. Bu suretle meydana çıkarılan patolojik durumun hususiyetine göre, aynı seansta veya sonradan yapılacak cerrahi müdahaleler veya postoperatif tıbbi tedavilerle, sonradan şikâyetlerin devamına sebep olacak hastalıklar bertaraf edilmiş olur.

3 — Kan damarları ve safra yollarının meydana çıkarılması : Kan damarları ve safra yollarını ilgilendiren ameliyat hataları hastaların uzun zaman sakat kalmasına veya ölümüne sebep olur. Bu sebepten yeni teknikle meliyat ettiğimiz vak'alarda a. hepatica a. sistika, ductus hepaticus, koledok ve duktus sistikus diseke edilip meydana çıkarıldıktan sonra arter ve duktus sistikus bağlanıp kesilmektedir. Ameliyat esnasındaki ciddi kanamalar umumiyetle a. sistikanın yaralanmasından ileri gelir. Eski ve yeni iltihabi reaksiyon sebebiyle a. sistikanın tanınması bazen güç olmaktadır.

Bu sebeple anatomik değişikliklerin tam olarak bilinmesi icabeder. Bu hususta bir çok anatomik çalışmalar yapılmıştır.. Bilhassa son yıllarda yapılan bir çalışmada a. sistikanın % 92 oranında a. hepatica dekstra'dan çıktığı görülmüştür.. (7). A. hepatica dekstra % 65 oranında a. hepatica komminus'un önünden, % 35 oranında arkasından geçmektedir. (Şekil 1, A, B). A. sistika umumiyetle safra kesesine varmadan önce üst ve alt olmak üzere iki kola ayrılmaktadır. Ve bazen de a. hepatica dekstra'dan iki ayrı dal halinde çıkmaktadır. (Şekil I C). A. sistika bazı hallerde a. hepatica komminus, a. gastro - duodenalis veya a. mesenterika superiordan çıkar ve duktus sistikusun alt tarafından ilerliyerek safra kesesine girebilir. (Şekil 1 D).

Çok nadir olarak duktus sistikus mevcut olmayabilir. Böyle vak'alarda safra kesesi direkt olarak duktus hepaticus'a açılır. Kısa olan duktuslar bazen bir kaç mm. uzunluğunda olabilir, bu gibi hallerde duktus hepaticus ve koledokus'un yaralanma ihtimali fazlalardır. Safra kesesinin dışa doğru çekilmesi duktus hepaticus veya koledok'un birlikte dışa doğru çekilmesini ve bu durumda duktus sistikus'a pens konursa bu kanalların yaralanmasına sebep olur. Bazı duktus sistikuslar bizzat safra kesesi kadar uzun olabilirler. Umumiyetle duktus sistikus ve duktus hepaticus komminus cm. lerce yan yana gittikten sonra birleşerek koledoku meydana getirirler. Duktus sistikus 0.5 cm. den fazla bırakılacak olursa postkolesistektomi sendromuna sebep olacağından böyle vak'alarda duktus sistikusun hepaticus komminusla birleştiği yere kadar diseksiyonu icabeder. Her vak'ada duktus sistikus duktus hepaticus komminusla birleşerek koledoku meydana getirmez. Nadir olarak duktus sistikus duktus hepaticus dekstra veyahut aberrant duktus hepaticusla birleşebilir.



ŞEKİL : 1 — A. Sistikanın sıklıkla rastlanan anatomik değişiklikleri : A. sistika, a. hepatica dekstradan çıktığı hallerde a. hepatica dekstra % 65 oranında duktus hepaticus komminusun arkasından (A), % 35 önünden geçer (B). A. sistika safra kesesine girmeden önce üst ve alt olarak iki dala ayrılır. (A). Bazen a. hepaticadan 2 ayrı dal olarak çıkar (C) veya nadir olarak a. hepatica kom., a. gastroduodenale veya a. mezenterika superiordan ayrı bir dal olarak çıkabilir (D). (Dowdy'den)

Daha nadir olarak duktus hepaticus dekstra doğrudan doğruya safra kesesi ile birleşebilir.. Bu sebeple herhangi bir safra kanalı bağlanıp kesilmeden önce çok dikkatli olmak icabeder.

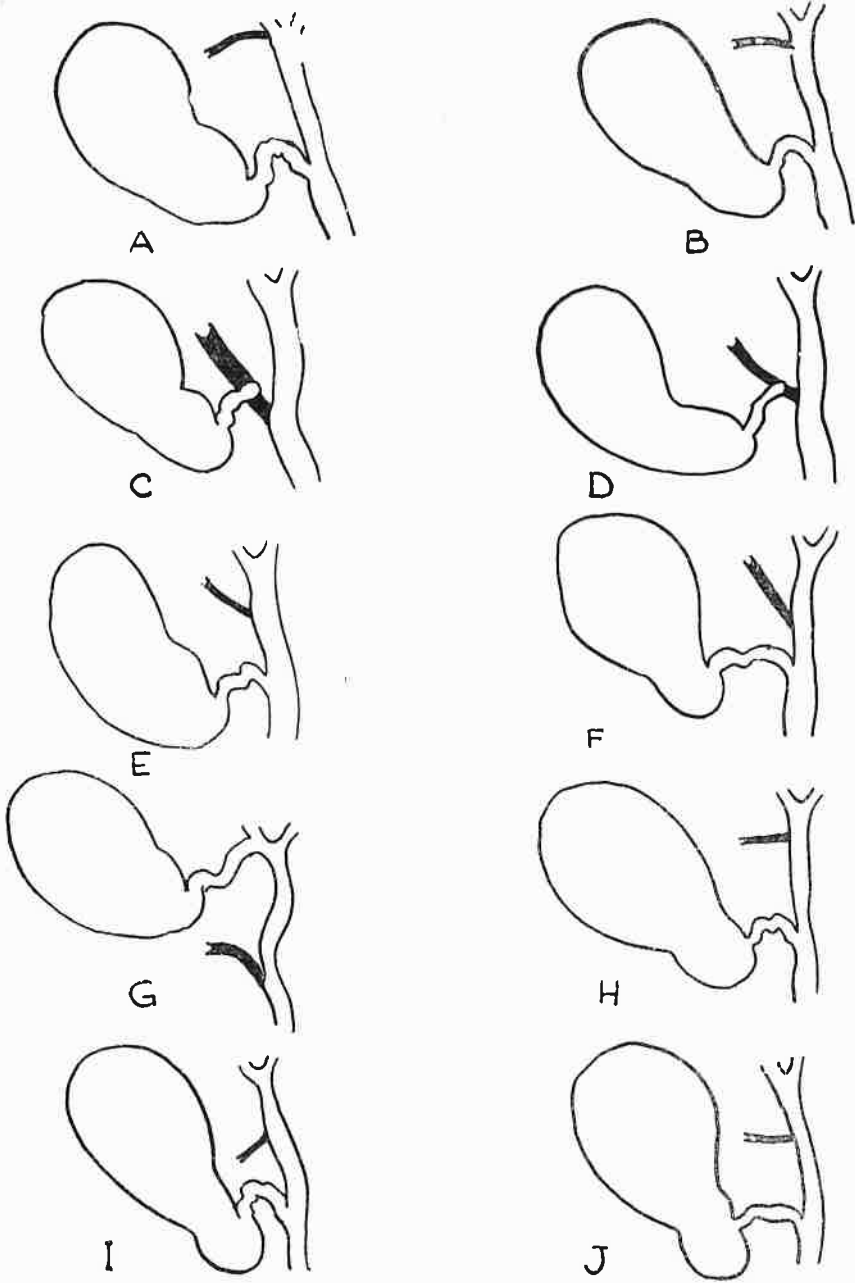
Aksesuar safra kanallarına tahmin edildiğinden daha sık rastlanmaktadır. Kadavralar üzerinde yapılan bir araştırmada 250 kadavradan 40 ında aksesuar safra kanalına rastlanmıştır (14). Diğer bir çalışmada 100 tane kadavradan 10 unda aksesuar safra kanalı bulunmuştur (13). (Şekil 2).

Karaciğeri normal olan kimselerde aksesuar kanallar bağlanacak olursa safra diğer kanallar vasıtasıyla akar. Buna mukabil karaciğeri hasta olan kimselerde bu kanalların bağlanması geçici bir zaman için safra akımını güçleştirir ve neticede bu kanalın direne ettiği karaciğer dokusunda sirotik değişikliklerin meydana gelmesine yol açar(12).

Safra kesesi veya duktus sistikusla karaciğer arasında da ufak safra kanallarına raslanmaktadır. Bu kanallar ameliyat esnasında bağlanmayacak olursa ameliyattan sonra safranın ameliyat sahasına sızmasına sebep olurlar. Tablo III ve IV tetkik edilecek olursa birinci grupta görülen 28 komplikasyondan 17 si safra fistülü 2 si koledok bağlanması, 5 i safralı apse, ve 4 ü kanama olmak üzere 28 nin de kan damarları ve safra kanallarına yukarıda belirttiğimiz önemin verilmemesinden ileri geldiği aşikâr olarak görülmektedir. Buna mukabil 2. grupta safra kanalları ve kan damarlarını ilgilendiren komplikasyon görülmemiştir. Keza 1. grupta görülen 19 ölümden 14 ü karaciğer koması, 3 ü koleperituan sebebiyle ölmüşlerdir. Karaciğer komasının sebebi, büyük bir ihtimalle a. hepatica dekstranın a. sistika zannedilerek bağlanmasından ileri gelmiştir. Koleperituan ise gene doğrudan doğruya dış safra yollarını ilgilendiren teknik bir hatadan olmuştur.

Bu vak'alar safra kesesi cerrahisinde damar ve safra yollarının önemini açık olarak göstermektedir.

Taşsız kolesistitli vak'alarda kolesistektomi indikasyonu koyarken çok dikkatli olmak gerekir. Kanaatımıza göre böyle vak'aların kolesistektomiden istifade etmeleri oldukça şüphelidir. Nitekim bu konu ile ilgili bir neşriyatta taşsız kolesistit sebebiyle kolesistektomi yapılan vak'alardan en fazla % 25 nin istifade ettiği diğerlerinin ame-



ŞEKİL : 2 — Aksesuar hepatik kanalların duktus hepaticus veya duktus hepaticus komminisle birleştikleri muhtelif seviyeler. (C) ve (D) de duktus sistikus aksesuar bir kanala dökülmektedir. (100 otopsinin tetkikinden elde edilen 10 vak'a. (L i c h t e n s t e i n' dan).

liyat öncesi şikâyetlerinde bir değişiklik olmadığı vak'alarla gösterilmiştir (16). Tablo II de görüleceği üzere I. grupta 622 vak'anın 86 sı (% 13.8) taşsız kolesistit olduğu halde II. grupta taşsız kolesistit vak'alarında belirli bir azalma olmuş, 332 vak'anın ancak 9 u (% 2.7) taşsız kolesistit sebebiyle ameliyat edilmiştir.

Yaş bugün için hiç bir ameliyatta kat'i bir kontrendikasyon teşkil etmemektedir. Ancak yaşlılarda dolaşım ve solunum sistemine ait komplikasyonlar daha sık görülmektedir. Bu sebeble taşlı kolesistit teşhisi konmuş bir hastanın yaş ilerlemeden ve komplikasyonlar meydana çıkmadan ameliyat edilmesi başarıda büyük rol oynar. Bir müellife göre, taşlı kolesistit teşhisi konmuş bir hastanın daha 8 - 10 sene yaşaması bekleniyorsa kolesistektomi yapılmalıdır. Çünkü birkaç sene içinde taşa bağlı bir komplikasyonun olması ihtimali ve bunun hastaya yükleyeceği riziko daha büyüktür (6). Tablo I de görüleceği üzere 1. grupta yaş ortalaması 41 olmasına mukabil, 2. grupta yaş ortalaması 46 dır. 2. grupta en yaşlı hasta 76 yaşındadır. Bu grupta ameliyat komplikasyonu ve mortalite görülmemesi yaşın kolesistektomi için kontrendikasyon teşkil etmediğini göstermektedir. Bununla beraber ameliyat ölü ve sonu bakımının büyük bir titizlikle yapılması, vak'alarda ameliyattan önce taşa bağlı bir komplikasyonun bulunmaması icab eder, aksi halde mortalite ve morbidite yükselmektedir.

## ÖZET

1. Kolesistektomi tekniğindeki ilerlemeleri incelemek amacıyla kliniğimizde 1950 - 1958 yılları arasında ameliyat edilen 622 vak'a ile 1958 - 1963 yılları arasında ameliyat edilen 332 vak'a olmak üzere 954 vak'a tetkik edildi.

2. Mortalite ve morbiditede son beş yılda ameliyat edilen 332 vak'ada, daha önce ameliyat edilen 622 vak'aya oranla büyük nispette azalma olduğu ve bu azalmanın ameliyat sonu ve ölü bakımından ziyade 1958 yılından beri uygulamakta olduğumuz ameliyat tekniği ile ilgili olduğu kanısına varılarak teknik hakkında gerekli bilgi verildi.

## SUMMARY

## Progress in Gall Bladder Surgery

1. To study the latest developments in the technique of the Cholosistektomy operation 622 cases who had their operation between 1950 - 58 and 332 cases who had their operation between 1958 - 63 were considered.

2. In the rates of morbidity and mortality a substensial fall was observed in the case of the operations performed between 1958 - 63 as compared to the operations performed between 1955 - 58 and as this one attributed to the techniques applied in the latter period rather than the pre - and post operative care the new surgical techniques are explained.

## LİTERATÜR

- 1 — Bartlett K. Marshall : Special complications of Gallbladder Surgery. Surg. Clin of North America. 40 : 741, 1963.
- 2 — Byrne, J. J. : Biliary fistulas Ame. J. Surg. 86 : 181, 1953.
- 3 — Cohn, İ., Jr., Cotlar, A. M. : Bile Peritonitis Ann. Surg. 152 : 827, 1960.
- 4 — Colcock, B. P. and Mc. Manus, J. E. : Cholecystectomy for cholelithiasis : Review of 1356 cases surg. Gynec. and obst. 101 : 161, 1955.
- 5 — Cole, Warren H. : Recent Trends in Gallbladder surgery. J. A. M. A. 150 : 631, 1952.
- 6 — Cole, W. H. : Precautions and Errors in surgery of Biliary Tract S. Clin. North America 217 : 226, 1958.
- 7 — Dowdy, G. S., Waldron, G. W., and Brown, W. G. Surgical anatomy of the pancreatobiliary ductal system. A. M. A. arch. surg. 84 : 1, 1962.
- 8 — Ellis, H. and Cronin, K. : Bile peritonitis Brit. J. Surg. 48 : 166, 1960.
- 9 — Feldman, Marris : Port - cholecystostomy syndrome with special reference to cystic duct Remnant. Gastroenterology 34 : 239, 1958.
- 10 — Glenn, F. : Complications of biliary tract surgery. Surg. Gynec. and obst. 110 : 141, 1960.
- 11 — Glenn, F. and Hays, D. M. : Death after biliary tract surgery. surg. Gynec. and obst. 140 : 283, 1952.
- 12 — Lichtenstein, E. Manuel. : Advaces in surgery of the Biliary tract surg. Clin. of North America. 39 : 1369, 1963.
- 13 — Lichtenstein, E. and Nicosia, A. J. : Clinical significance of accessory Hepato - biliary ducts. Ann. Surg. 141 : 120, 1955.
- 14 — Mahorner, H. : Advances in technical aspects of biliary tract surgery. Am. Surgeon 22 : 615, 1956.
- 15 — Moosman, D. A. and Collier, F. A. : Prevention of Travmatic injury to the bile Ducts. Am. J. Surg. 82 : 132, 1951.
- 16 — Preston, D. J. : Surgical treatment of non - calculus Biliary tract disiasse J. A. M. A. 159 : 17, 1955.
- 17 — Strohl, E. L. and Diffenbaugh, W. G. : Biliary tract surgery in aged patient. surg. gynec. and obst. 97 : 467, 1953.
- 18 — Warren, W. Kenneth. : Choledochostomy and cholecystectomy. Surg. Clin North America. 40 : 681, 1960.

(Mecmuaya geldiği tarih : 13 Haziran 1964).